Tableau de bord central

Le défi de l'accès

PLAN D'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 1998-2002

État de situation : le point de départ

29 Janvier 1999

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Coordination : Service des études et de l'évaluation

106-0 5920 /

LES COLLABORATIONS

Plusieurs membres de la Régie régionale ont participé à la réalisation de ce rapport dont plus particulièrement les personnes suivantes :

❖ De la Direction de la programmation et coordination

Pour la validation et la contribution à l'interprétation des résultats des indicateurs nous remercions :

- Pierrette Rolland, responsable, Michèle Bérubé, Francine Bussières, Micheline Lefebvre, conseillères aux établissements, **Services multiclientèles de courte durée**;
- André Cimon, responsable, André Trépanier et Marie-Claude Hens, chefs de service, Denise Sirois, Andrée Carrière, Luce Beauregard et Denyse Roy, conseillères aux établissements, **Secteur des Services multiclientèles de première ligne et Services aux personnes âgées**;
- Diane Gauthier, chef de service, Michel Roberge et Claire Amyot, conseillers aux établissements, Pauline Jubinville, technicienne en administration, **Service de santé mentale** et **Services d'intégration sociale aux personnes présentant une déficience intellectuelle, aux personnes autistes et aux personnes présentant des troubles envahissants du développement;**
- Normand Kingsley, coordonnateur médical, **Effectifs médicaux et Commission médicale régionale.**

❖ Du service des études et de l'évaluation

- Normand Lauzon, chef de service, a assumé la supervision de l'ensemble de l'opération;
- Pierre Provencher, conseiller et Marie-Andrée Picard, technicienne en recherche, ont assuré une grande partie du traitement de bases de données pour la production des indicateurs de la Direction de la programmation et coordination;
- Carole Lécuyer, conseillère, a coordonné la production du rapport, procédé à l'analyse des données et rédigé la section relative à la Direction de la programmation et coordination;
- Nous remercions Lisette Di Tomaso, secrétaire, pour l'édition du document et Danielle Dorval, conseillère, pour sa collaboration à la révision du document.

❖ De la Direction de la santé publique

- Pierre Tousignant, médecin conseil, Léo-Roch Poirier, agent de recherche, ont planifié l'évaluation d'impact sur la santé de la reconfiguration du réseau;
- Gilles Lavoie, analyste-biostatisticien, a planifié, préparé et réalisé l'analyse des données pour la production des indicateurs;
- Jean Cloutier, médecin conseil, a participé à la préparation de l'analyse;
- Michèle Dupont, agente de recherche, a collaboré à la rédaction et à la révision du rapport;
- Robert Choinière, responsable de la fonction surveillance, a participé à la sélection des indicateurs et à la préparation du rapport.

❖ De la Direction des immobilisations et finances

- Luc Bordeleau, adjoint au directeur, a supervisé l'extraction des données, a analysé ces données et a rédigé les résultats;
- Francine Huot, technicienne en administration, a procédé à l'extraction des données.

❖ De la Direction des relations avec la communauté

- Hélène Gendron et Andrée Courchesne, analystes au **Service des systèmes d'information et de l'informatique,** ont développé des programmes d'extraction de données et traité des banques d'information.

AVIS AUX LECTEURS

Certains indicateurs du Tableau de bord central de la Régie régionale relatif au « Plan d'amélioration des services 1998-2002 : Le défi de l'accès » ont été suivis dans le premier Tableau de bord de la « Transformation des services 1995-1998 ». On pense notamment ici au taux de réponse et au délai moyen d'admission en hébergement dans le réseau des CHSLD, aux usagers desservis en CLSC suite à une hospitalisation en CHSGS et à l'intensité des soins et de l'aide à domicile offerts par les CLSC aux personnes âgées de 65 ans et plus. Nous invitons le lecteur à être prudent dans la comparaison des résultats relatifs aux indicateurs mentionnés. En effet, si les années d'observation se recoupent pour les 2 tableaux de bord (1995-1996, 1996-1997, 1997-1998), les paramètres de calcul de ces indicateurs ont changé modifiant ainsi les résultats obtenus.

Par ailleurs, 3 autres indicateurs sont identiques d'un tableau de bord à l'autre. Il s'agit : de la durée moyenne de séjour en CHSGS, des séjours excessifs sur civière dans les urgences et de la proportion d'usagers vus en ambulatoire en psychiatrie adulte.

SOMMAIRE

Page

RAPPEL DE LA DÉMARCHE ET PRÉSENTATION DU RAPPORT 4

- ***L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES*** 5
- ***LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ*** 16
- ***L'IMPACT SUR LA SANTÉ*** 23
- ***LA MODERNISATION DES SERVICES ET L'ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE*** 30

RAPPEL DE LA DÉMARCHE

En mai 1998 la Régie régionale de Montréal-Centre adopte son « Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 : Le défi de l'accès ». 26 indicateurs stratégiques sont inclus à la planification régionale. Le suivi de ces indicateurs vise une reddition de compte intégrée basée sur des résultats. Ce suivi permettra de vérifier le degré de réalisation des choix stratégiques du Plan et de prendre au fur et à mesure les décisions qui s'imposent. La reddition de compte intégrée nécessite la mise en place d'un seul outil de présentation des indicateurs pour les composantes d'efficience et d'efficacité du réseau, d'impact sur la santé et du bien-être et de la satisfaction de la population et des clientèles.

Le Tableau de bord central est donc le fruit d'une collaboration interdirectionnelle. Mme Francine Rochon, directrice de la Programmation et coordination est responsable du dossier auprès du comité de direction. La démarche est supervisée par M. Normand Lauzon, chef de service des études et de l'évaluation. L'ensemble des directions de la Régie régionale participe à l'élaboration, la production et l'interprétation des indicateurs les concernant. Les responsables, chefs de service et conseillers des secteurs sont mis à contribution pour définir les indicateurs, valider les résultats et leur interprétation.

Cette première version du Tableau de bord est en fait un état de situation se référant aux années 1995-1996, 1996-1997 et 1997-1998. L'année 1997-1998 constitue l'année de référence pour la mise en oeuvre des mesures du Plan. Notons toutefois que pour certains indicateurs basés sur des relevés ad hoc auprès des établissements, l'état de situation prend racine sur des périodes financières de l'année 1998-1999.

PRÉSENTATION DU RAPPORT

Ce rapport présente les résultats de 17 des 26 indicateurs stratégiques selon 4 des 6 principaux axes[1] de suivi pour lesquels des données étaient disponibles. Ces axes sont :

- ***L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES***
- ***LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ***
- ***L'IMPACT SUR LA SANTÉ***
- ***LA MODERNISATION DES SERVICES ET L'ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE***

[1] L'indicateur relatif au « MAINTIEN ET À L'AMÉLIORATION DE LA COMPÉTENCE DES RESSOURCES HUMAINES » sera disponible à la fin de l'exercice financier, soit le 31 mars 1999. Les 3 indicateurs de l'axe de suivi « LE POINT DE VUE DES USAGERS » seront produits pour la prochaine édition du Tableau de bord.

L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

❑ *L'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES*

Cet axe de suivi comprend 9 indicateurs[2]. Nous disposons de données pour 6 d'entre eux. Ce sont :

- ◊ le nombre de personnes en attente pour des chirurgies cardiaques, orthopédiques et ophtalmologiques et pour des interventions en cardiologie tertiaire;
- ◊ le nombre d'usagers prêts à recevoir leurs traitements en radio-oncologie mais toujours en attente à une date donnée;
- ◊ le taux de réponse pour une première demande d'hébergement en centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD);
- ◊ le délai moyen d'accès pour une première demande d'hébergement en CHSLD;
- ◊ la durée moyenne de séjour en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
- ◊ les séjours excessifs sur civière dans les urgences.

EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

♦ CHIRURGIES CARDIAQUES, ORTHOPÉDIQUES, OPHTALMOLOGIQUES ET CARDIOLOGIE TERTIAIRE

Au **7 novembre 1998** :

- 414 personnes attendent pour un **pontage** ou un **remplacement valvulaire**; 34,5 % attendent depuis plus d'un mois. Comparativement au 31 mars 1998, le nombre de personnes en attente a légèrement augmenté (32 personnes) malgré une augmentation des chirurgies pratiquées en CH. L'objectif d'assurer la chirurgie requise dans un délai d'un mois n'est pas encore atteint en raison vraisemblablement de l'augmentation de la demande.

- 31 adultes attendent pour la pose d'un **tuteur** dont 1 depuis plus de 3 mois. 9 personnes attendent pour le remplacement d'un **défibrillateur**; aucune attente de plus de 3 mois. Pour les 2 types d'interventions, on se rapproche de l'objectif d'éliminer les listes d'attente et de rendre accessible l'intervention dans un délai de 3 mois. Il faudra voir si la tendance se maintient dans le temps.

- 1 238 personnes attendent pour une chirurgie de **prothèse totale de la hanche ou du genou**; 27,2 % attendent depuis 6 mois et plus. Pour ce type de chirurgie, le nombre d'usagers en attente augmente, alors que le pourcentage d'usagers qui attendent depuis 6 mois et plus baisse comparativement au 20 juin 1998.

- 7 767 usagers attendent une chirurgie de la **cataracte**; 22,9 % attendent depuis 6 mois et plus. Le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus est à la baisse. Cette baisse est par ailleurs attribuable à l'augmentation du nombre de personnes en attente.

---

[2] L'indicateur « Délai d'accès aux services de réadaptation fonctionnelle intensive » exige l'implantation d'un formulaire de relevé d'informations auprès des établissements. Cette implantation est en voie de négociation avec les établissements concernés. « L'accès aux programmes en déficience intellectuelle » est un indicateur qui pourra être produit dans la prochaine édition du Tableau de bord. L'indicateur « Visites ambulatoires entre 8 et 22 heures dans les urgences » doit être révisé.

- **RADIO-ONCOLOGIE**

  Au **7 novembre 1998**, le nombre de personnes en attente prêtes à recevoir leurs traitements et, parmi elles, celles qui attendent plus de 4 semaines suite à un cancer du sein et du col utérin et plus de 2 semaines pour un lymphome se présente comme suit :

  - 39 personnes prêtes à recevoir leurs traitements sont en liste d'attente suite à un cancer du **sein;** toutes attendent depuis plus de 4 semaines. À chaque date d'observation, la majorité des usagers attend plus de 4 semaines.
  - 2 personnes prêtes à recevoir leurs traitements sont en attente suite à un cancer du **col utérin**; aucune attente de plus de 4 semaines.
  - 8 personnes prêtes à recevoir leurs traitements suite à un **lymphome** sont en liste d'attente; 6 d'entre elles attendent depuis plus de 2 semaines. Pour 3 des 4 dates d'observation, la majorité des usagers attend plus de 2 semaines.

- **ADMISSION EN HÉBERGEMENT CHSLD : TAUX DE RÉPONSE ET DÉLAI MOYEN D'ACCÈS**

  En **1997-1998**, le réseau des CHSLD a admis 3 798 personnes requérant pour une première fois des services d'hébergement sur un potentiel de 5 122 personnes qui ont vu leur demande d'hébergement acceptée. Ce **taux de réponse global** de 74,2 % a augmenté de 8,4 % comparativement à 1995-1996. Le **délai moyen d'accès** pour une première admission en CHSLD est de 96,7 jours, alors qu'il était de 171,8 jours en 1995-1996.

- **DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR**

  En **1997-1998**, la durée moyenne de séjour en CHSGS se situe à 7,8 jours pour les soins de courte durée physiques et à 22,7 jours pour les soins de courte durée psychiatriques. Depuis 1995-1996, on observe une baisse constante de la durée moyenne de séjour, notamment au niveau des soins de courte durée psychiatriques pour lesquels l'objectif visé a été dépassé.

- **SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE DANS LES URGENCES**

  En **1997-1998**, au chapitre des **soins physiques** en CHSGS, 21,4 % des usagers sur civière ont connu un séjour de plus de 24 heures et 4,3 % un séjour de plus de 48 heures à l'urgence. Il s'agit d'une augmentation des taux par rapport à l'année 1995-1996. Toutefois le nombre de CH dépassant 25 % de séjours de plus de 24 heures et 5 % de séjours de plus de 48 heures est à la baisse. L'augmentation des séjours excessifs sur civière à l'urgence s'explique d'une part par la période de verglas de janvier 1998 et d'autre part par le fait que les objectifs d'amélioration des durées de séjour, établis dans un contexte de diminution de lits, ne sont pas encore atteints. De plus, certaines mesures importantes, comme l'ouverture de 5 centres ambulatoires, ne se sont pas encore concrétisées..

  Pour les **soins psychiatriques** offerts dans les urgences des CHSGS et des centres hospitaliers de soins psychiatriques, les séjours excessifs de plus de 48 heures sur civière sont de l'ordre de 12,5 %; ils se maintiennent par rapport à 1995-1996.

EN CONCLUSION :

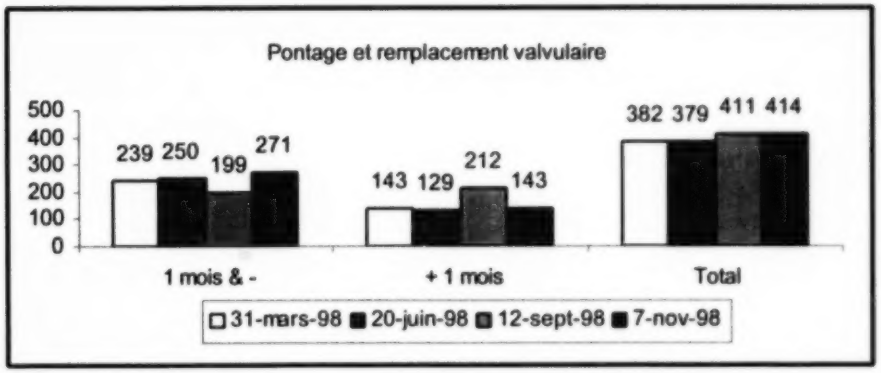
Parmi les indicateurs d'accès aux services, le taux de réponse en hébergement, le délai moyen d'accès à l'hébergement en CHSLD, ainsi que la durée moyenne de séjour en CHSGS progressent dans le sens espéré.

Des budgets ont été injectés à la fin août 1998 pour des chirurgies et des interventions en cardiologie tertiaire. Dans ce dernier cas les effets positifs se font déjà sentir tant au niveau du volume de personnes en attente que sur le délai d'attente. Il faudra voir si les effets positifs se maintiennent dans le temps. Pour les chirurgies cardiaques, orthopédiques et ophtalmologiques, il est encore tôt pour observer une tendance à la baisse. En radio-oncologie, pour le cancer du sein et le lymphome, la majorité des personnes prêtes à recevoir leurs traitements suite à une chirurgie, chiomiothérapie ou hormonothérapie attend plus longtemps que le délai visé.

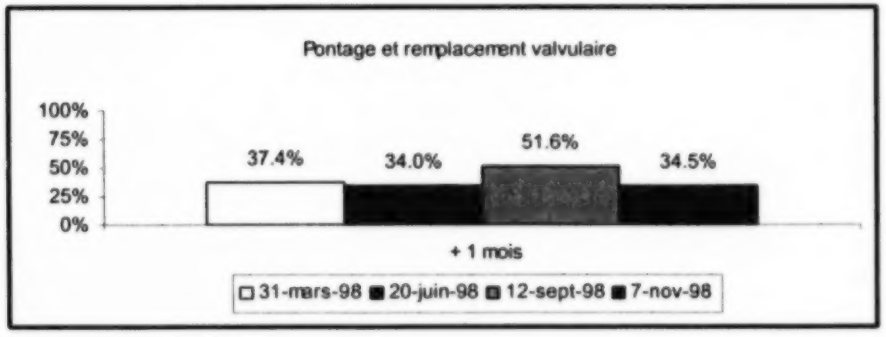
Un défi de taille au cours des 4 prochaines années demeure l'élimination de tous les séjours excessifs sur civière dans les urgences.

♦ L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES CARDIAQUES ADULTES

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ADULTES EN ATTENTE



ÉVOLUTION DU POURCENTAGE D'ADULTES EN ATTENTE DE PLUS D'UN MOIS



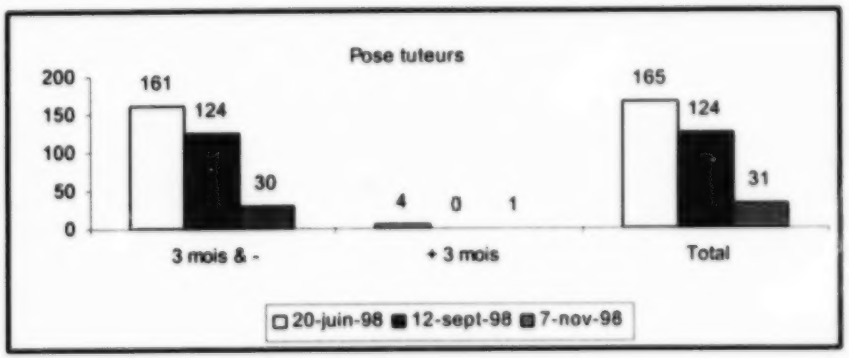
OBJECTIF(S) : En chirurgie cardiaque adulte, les résultats visés par le « Plan d'amélioration des services » sont d'éliminer la liste d'attente et d'assurer l'accès à une chirurgie dans un délai d'un mois. Des objectifs de chirurgie sont fixés aux CH concernés. La Régie régionale demande au Ministère du développement non récurrent (1,477 M$) et récurrent (3,910 M$) totalisant 5,387 M$ sur la durée du Plan 1998-2002. Des fonds de l'ordre de 1,983 M$ ont été injectés en 1998-1999 en lien avec des objectifs spécifiques de chirurgie et du nombre d'usagers en attente. Les budgets alloués aux établissements sont révisables annuellement.

INDICATEUR(S) : Le nombre total de personnes en attente pour un **pontage** ou un **remplacement valvulaire** est un indicateur de l'ordre de grandeur de la demande non satisfaite à une date donnée. Le pourcentage d'usagers en attente depuis plus d'un mois permet de suivre le délai d'attente en rapport avec l'objectif visé. Les données sont transmises périodiquement par les CH concernés.

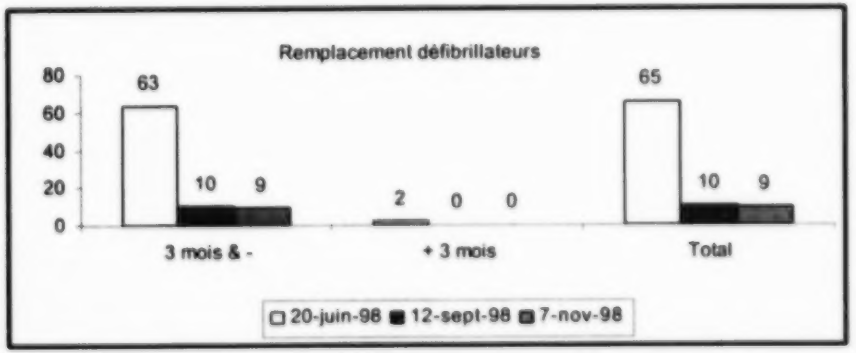
RÉSULTAT(S) : Au **7 novembre 1998**, 414 personnes sont en liste d'attente pour un pontage ou un remplacement valvulaire, soit 32 adultes de plus qu'au 31 mars 1998, et ce, malgré une augmentation des chirurgies pratiquées en CH. L'augmentation des adultes en attente est vraisemblablement due à la hausse de la demande. Le pourcentage d'usagers qui attendent depuis plus d'un mois se situe autour de 35 %, sauf au 12 septembre 1998 où il atteignait 51,6 %.

♦ L'ATTENTE POUR DES INTERVENTIONS EN CARDIOLOGIE TERTIAIRE

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ADULTES EN ATTENTE
POSE DE TUTEURS



ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ADULTES EN ATTENTE
REMPLACEMENT DE DÉFIBRILLATEURS



OBJECTIF(S) : En cardiologie tertiaire, les résultats visés par le « Défi de l'accès » sont d'éliminer la liste d'attente et d'assurer aux patients la pose de tuteurs et le remplacement de défibrillateurs dans un délai maximal de 3 mois. Des objectifs d'intervention sont fixés aux établissements concernés. La Régie régionale demande au Ministère du développement non récurrent (2,647 M$) et récurrent (4,142 M$) totalisant 6,789 M$ sur la durée du Plan 1998-2002. Des fonds de l'ordre de 1,259 M$ pour des tuteurs et de 638,000 $ pour des défibrillateurs ont été injectés en 1998-1999 en lien avec des objectifs spécifiques d'intervention et du nombre d'usagers en attente. Les budgets alloués aux établissements sont révisables annuellement.

INDICATEUR(S) : Le nombre total de personnes en attente pour l'installation de **tuteurs** et le remplacement de **défibrillateurs** est un indicateur de l'ordre de grandeur de la demande non satisfaite à une date donnée. Le nombre d'usagers en attente depuis plus de 3 mois permet de suivre le délai d'attente en rapport avec l'objectif visé. Les données sont transmises périodiquement par les CH concernés.

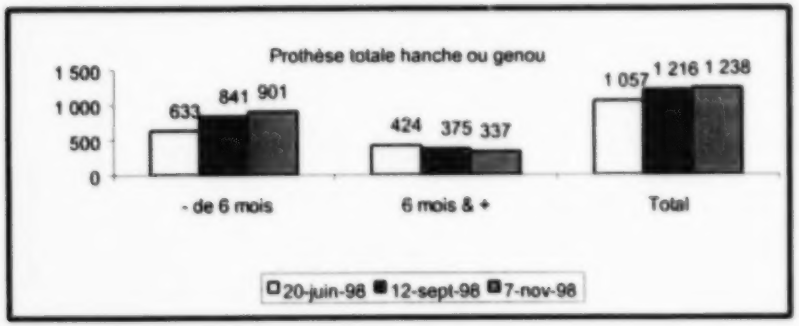
RÉSULTAT(S) :

Tuteurs : Au **7 novembre 1998**, 31 adultes attendent pour la pose d'un tuteur dont 1 personne depuis plus de 3 mois. Il s'agit d'une nette progression comparativement au 20 juin 1998 où l'on enregistrait un total de 165 usagers en attente.

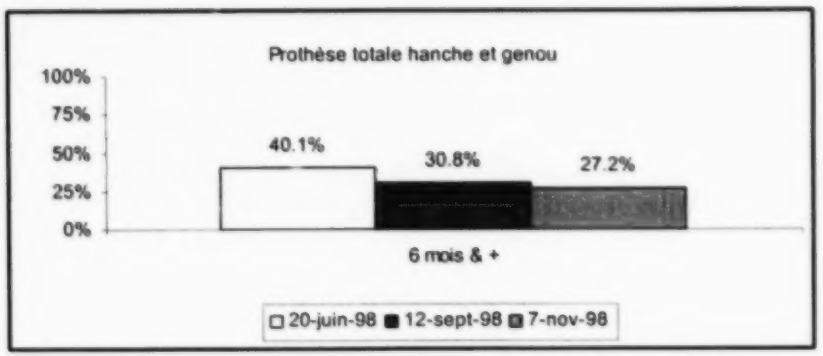
Défibrillateurs : Au **7 novembre 1998**, 9 personnes sont en liste d'attente pour le remplacement d'un défibrillateur. Aucune d'entre elles n'attend depuis plus de 3 mois ce qui correspond à l'objectif visé. De plus, on se rapproche de l'objectif d'éliminer la liste d'attente, puisqu'au 20 juin, 65 usagers attendaient l'intervention requise.

♦ L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES EN ORTHOPÉDIE

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'USAGERS EN ATTENTE



ÉVOLUTION DU POURCENTAGE D'USAGERS EN ATTENTE DE 6 MOIS ET PLUS



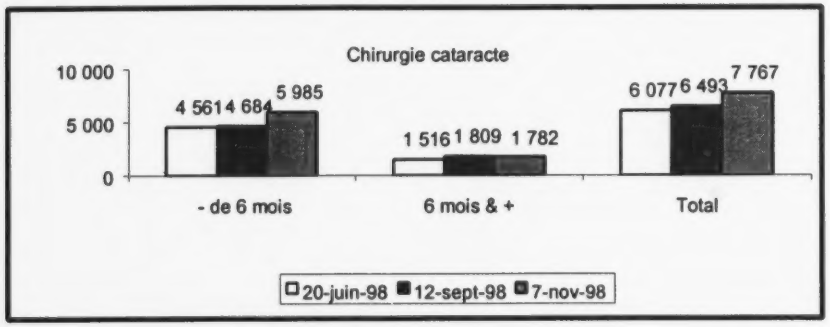
OBJECTIF(S) : En orthopédie, le résultat attendu par le « Défi de l'accès » est de réduire le temps d'attente pour les chirurgies de prothèse totale de la hanche ou du genou. Les mesures prises visent à augmenter le nombre de personnes opérées par semaine. La Régie régionale demande au Ministère du développement non récurrent (6,5 M$) et récurrent (1,8 M$) totalisant 8,3 M$ sur la durée du Plan 1998-2002. En 1998-1999, des fonds de l'ordre de 2,555 M$ ont été injectés en lien avec des objectifs spécifiques de chirurgie et du nombre d'usagers en attente. Les budgets alloués aux établissements sont révisables annuellement.

INDICATEUR(S) : Le nombre total de personnes en attente pour une **chirurgie de prothèse totale de la hanche ou du genou** est un indicateur de l'ordre de grandeur de la demande non satisfaite à une date donnée. Le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus permet de suivre le délai d'attente en rapport avec l'objectif visé. Les données sont transmises périodiquement par les CH concernés.

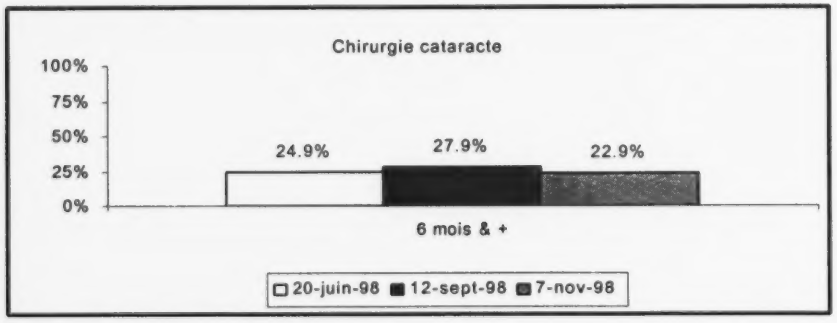
RÉSULTAT(S) : Au **7 novembre 1998**, 1 238 usagers étaient en attente pour une chirurgie totale de la hanche ou du genou. On enregistre une augmentation régulière du nombre d'usagers en attente à chaque date d'observation. Par ailleurs, le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus est à la baisse : il est passé de 40,1 % au 20 juin 1998 à 27,2 % au 7 novembre 1998.

♦ L'ATTENTE POUR DES CHIRURGIES EN OPHTALMOLOGIE

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'USAGERS EN ATTENTE



ÉVOLUTION DU POURCENTAGE D'USAGERS EN ATTENTE DE 6 MOIS ET PLUS



OBJECTIF(S) : En ophtalmologie, la Régie régionale vise à diminuer le nombre de patients en attente et à réduire le temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte. Des objectifs de chirurgie sont fixés aux CH concernés. La Régie régionale demande au Ministère du développement non récurrent (860,000 $) et récurrent (1 M$) totalisant 1,860 M$ sur la durée du Plan 1998-2002. Des fonds de 859,845 $ ont été injectés en 1998-1999 en lien avec des objectifs spécifiques de chirurgie et du nombre d'usagers en attente. Les budgets alloués aux établissements sont révisables annuellement.

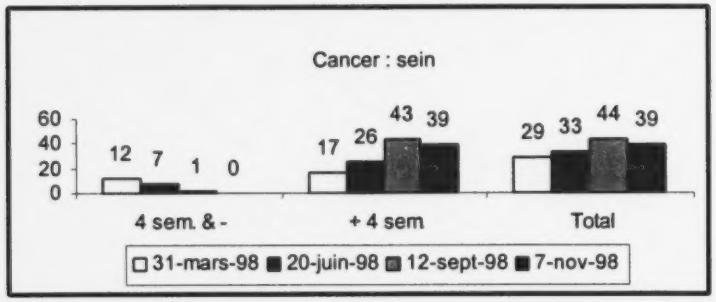
INDICATEUR(S) : Le nombre total de personnes en attente pour une **chirurgie de la cataracte** est un indicateur de l'ordre de grandeur de la demande non satisfaite à une date donnée. Le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus permet de suivre le délai d'attente en rapport avec l'objectif visé. Les données sont transmises périodiquement par les CH concernés.

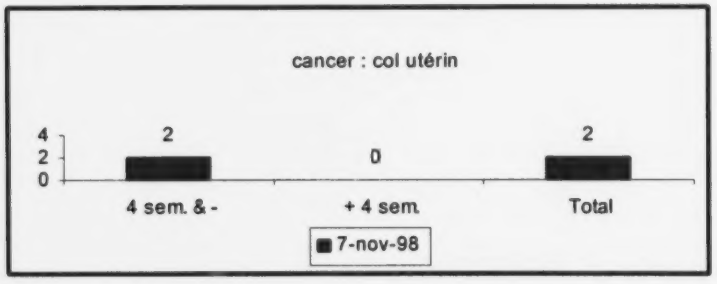
RÉSULTAT(S) : Au **7 novembre 1998**, 7 767 personnes étaient en attente pour une chirurgie de la cataracte. Parmi elles, 22,9 % attendaient depuis 6 mois et plus. Pour les 2 premières dates d'observation (20 juin et 12 septembre 1998) le nombre total d'usagers en attente se maintient sous la barre des 6 500. L'augmentation enregistrée au 7 novembre provient principalement d'un CH qui déclare 1 200 usagers de plus sur sa liste d'attente, alors que les autres hôpitaux ont des volumes plutôt stables. Nous émettons l'hypothèse d'une sous-déclaration du nombre de cas en attente au 20 juin et au 12 septembre derniers.

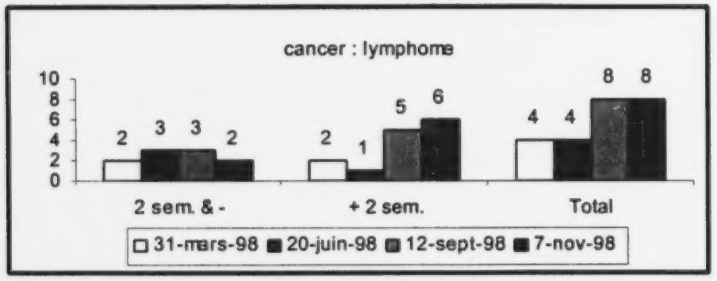
Au 7 novembre 1998, le pourcentage d'usagers en attente de 6 mois et plus est à la baisse. Cette baisse est par ailleurs attribuable à l'augmentation du nombre de personnes en attente.

♦ LES PERSONNES PRÊTES À RECEVOIR LEURS TRAITEMENTS EN RADIO-ONCOLOGIE

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'USAGERS PRÊTS À RECEVOIR LEURS TRAITEMENTS MAIS TOUJOURS EN ATTENTE À UNE DATE DONNÉE







OBJECTIF(S) : Le « Défi de l'accès » entend assurer un suivi prioritaire des listes d'attente pour le cancer du sein, du col utérin et le lymphome. Pour favoriser l'accès aux traitements de radio-oncologie, la Régie régionale demande au Ministère du développement récurrent de 6 M$ au cours de la période 1999-2002.

INDICATEUR(S) : L'indicateur suivi comprend 2 paramètres. Le nombre de personnes prêtes à recevoir leurs traitements suite à une chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie et qui sont en liste d'attente. Parmi les personnes prêtes à recevoir leurs traitements, le nombre de personnes qui attendent depuis plus de 4 semaines pour le **cancer du sein et du col utérin** et de plus de 2 semaines pour un **lymphome.** Des travaux seront menés par des cliniciens au niveau national pour déterminer des standards ou délais raisonnables d'accès aux services.

Les données sur la clientèle en attente sont transmises périodiquement par les CH concernés. Selon les ententes intervenues entre la Régie régionale et les établissements, les CH distinguent 2 clientèles : la clientèle prête à recevoir ses traitements et celle dont les traitements préalables ne sont pas terminés. Le nombre de semaines d'attente est donc calculé à partir du moment où le radio-oncologue formule la demande de traitements **et** que l'usager est prêt à recevoir ses traitements suite à une chirurgie, de la chimiothérapie ou d'hormonothérapie.

RÉSULTAT(S) : Globalement, au **7 novembre 1998,** 49 personnes prêtes à recevoir leurs traitements de radio-oncologie suite à une chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie pour un cancer du sein, du col utérin et un lymphome sont en liste d'attente. Ces personnes représentent 47,6 % (49/103) de l'ensemble des personnes prêtes à recevoir leurs traitements de radio-oncologie tous sites de cancer confondus.

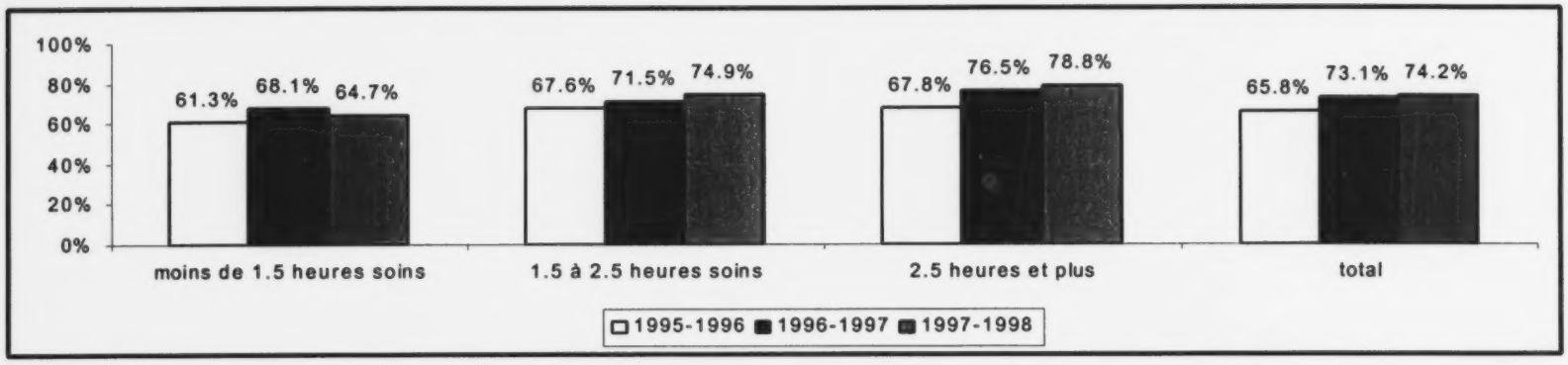
Sein : Au **7 novembre 1998,** 39 personnes prêtes à recevoir leurs traitements sont en liste d'attente. Toutes ces personnes attendent depuis plus de 4 semaines. Pour toutes les dates d'observation, on enregistre une majorité de personnes qui attendent plus de 4 semaines.

Col utérin : Pour la seule date d'observation disponible, **au 7 novembre 1998,** 2 personnes prêtes à recevoir leurs traitements de radio-oncologie sont en attente. Il n'y a pas d'attente de plus de 4 semaines.

Lymphome : Au **7 novembre 1998,** 8 usagers prêts à recevoir leurs traitements sont en attente. Parmi eux, 6 attendent depuis plus de 2 semaines. À l'exception du 20 juin 1998, on enregistre une majorité de personnes qui attendent plus de 2 semaines.

♦ TAUX DE RÉPONSE : PREMIÈRE ADMISSION AU RÉSEAU D'HÉBERGEMENT (CHSLD)

TAUX DE RÉPONSE POUR UNE PREMIÈRE ADMISSION EN CHSLD SELON LES HEURES-SOINS REQUISES PAR JOUR



Année	Nombre total d'admissions (1re demande)	Nombre total demandes acceptées (1re demande)
1995-1996	3283	4991
1996-1997	3622	4955
1997-1998	3798	5122

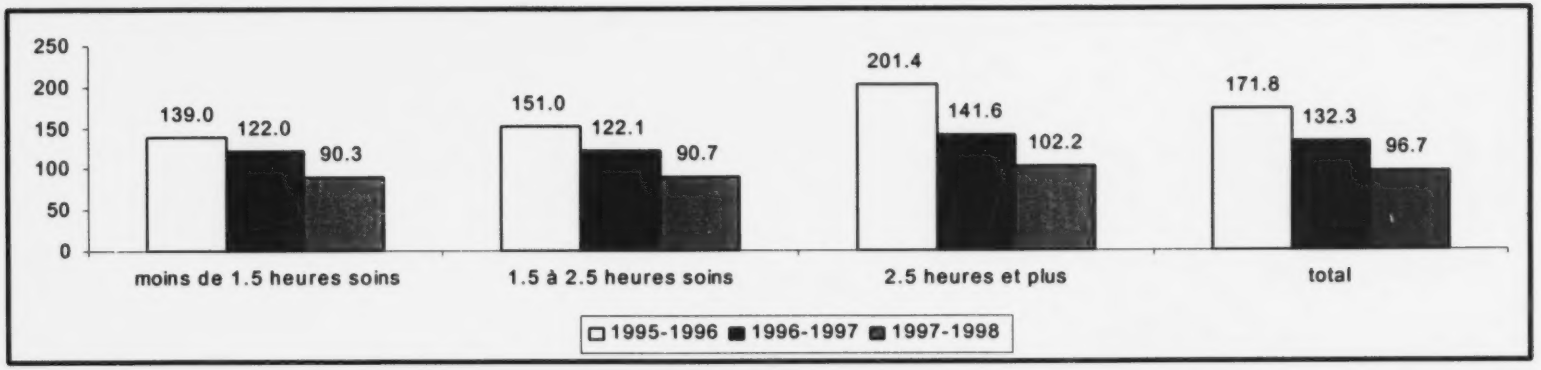
OBJECTIF(S) : Le « Plan d'amélioration des services 1998-2002 » vise à maintenir 14 017 lits en CHSLD et à augmenter de 44, 1 % à 60 % la proportion de places pouvant accueillir une clientèle requérant 2,5 heures-soins et plus par jour. La Régie régionale demande au Ministère un développement budgétaire de 18,4 M$ pour le rehaussement désiré et de 28,6 M$ pour faire face à l'alourdissement des besoins de la clientèle. De plus, des gains d'efficience pour une valeur de 19,2 M$ sont planifiés. En date de la publication de ce document aucun budget n'a été injecté pour 1998-1999.

INDICATEUR(S) : Cet indicateur s'attarde spécifiquement au taux de réponse pour une première admission en hébergement, ce qui nous permet de suivre la capacité du réseau des CHSLD de répondre à l'évolution des besoins d'hébergement. Les admissions sans détermination d'heures-soins requises sont exclues des calculs; ces admissions sont marginales.

RÉSULTAT(S) : Globalement, en 1997-1998, le réseau des CHSLD a admis 3 798 personnes requérant pour une première fois des services d'hébergement, sur un potentiel de 5 122 personnes qui ont vu leur demande d'hébergement acceptée. Il s'agit donc d'un taux de réponse global de 74,2 %. Ce taux de réponse global a augmenté de 8,4 % comparativement à 1995-1996. C'est au niveau des personnes requérant 2,5 heures-soins et plus par jour que le taux de réponse (78,8 %) est le plus élevé en 1997-1998. C'est également pour cette catégorie d'heures-soins que l'on enregistre la plus forte progression du taux de réponse sur les 3 années d'observation (11 % de 1995-1996 à 1997-1998).

♦ DÉLAI MOYEN D'ACCÈS : PREMIÈRE ADMISSION AU RÉSEAU D'HÉBERGEMENT (CHSLD)

DÉLAI MOYEN D'ACCÈS (EN JOURS) POUR UNE PREMIÈRE ADMISSION EN CHSLD SELON LES HEURES-SOINS REQUISES



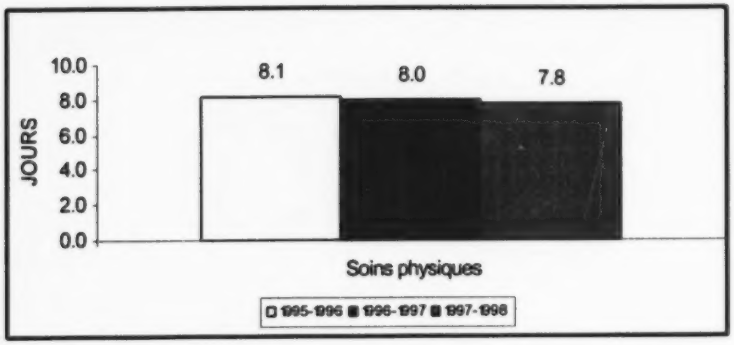
OBJECTIF(S) : Le « Plan d'amélioration des services 1998-2002 » vise à améliorer l'accès à l'hébergement en CHSLD.

INDICATEUR(S) : Allant de pair avec le taux de réponse en CHSLD, le délai moyen d'accès pour une première admission en hébergement est un indicateur qui permet de suivre le nombre de jours à l'intérieur duquel le réseau peut répondre à une première demande d'hébergement. Les admissions sans détermination d'heures-soins requises sont exclues des calculs; ces admissions sont marginales.

RÉSULTAT(S) : Globalement, en 1997-1998, les personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant pour la première fois un hébergement connaissent un délai moyen d'accès global de 96,7 jours, alors qu'en 1995-1996 ce délai était de 171,8 jours. Pour toutes les catégories d'heures soins requises le délai moyen d'accès est en décroissance. C'est au niveau des 2,5 heures-soins et plus que l'on note la plus grande amélioration du délai moyen d'accès (99,2 jours de moins qu'en 1995-1996).

♦ *DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR EN SOINS DE COURTE DURÉE DANS LES CHSGS*

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR : SOINS PHYSIQUES

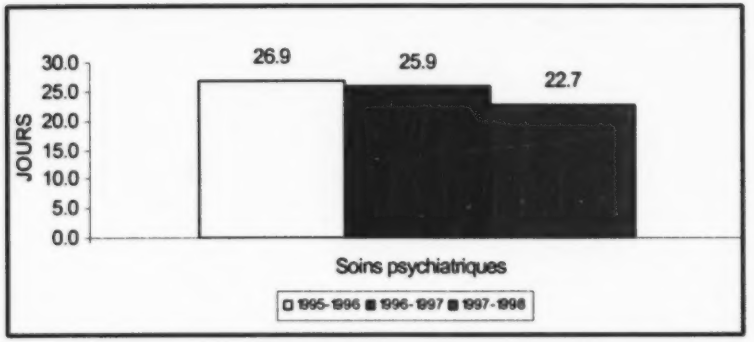


OBJECTIF(S) : Pour les **soins physiques de courte durée**, le « Plan d'amélioration des services 1998-2002 » vise à diminuer la durée moyenne de séjour en CHSGS à 6,8 jours. C'est notamment par la mise en place d'un outil d'évaluation de la pertinence des hospitalisations et de la durée de séjour que cet objectif sera supporté.

INDICATEUR(S) : La durée moyenne de séjour est définie comme suit : pour une année financière, le nombre moyen de jours d'hospitalisation des usagers pour des soins de courte durée physiques en CHSGS.

RÉSULTAT(S) : La durée moyenne de séjour pour les soins physiques a diminué progressivement passant de 8,1 jours, en 1995-1996, à 7,8 jours, en 1997-1998.

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR : SOINS PSYCHIATRIQUES



OBJECTIF(S) : Pour les **soins psychiatriques de courte durée**, le « Défi de l'accès » vise à optimiser l'utilisation de l'hospitalisation et à assurer le retour dans la communauté dès que la condition de la personne le justifie. Le résultat attendu est une durée moyenne de séjour de 20 jours ou moins dans le cadre du maintien de 588 lits et la réallocation vers les services ambulatoires du budget de 118 lits de courte durée.

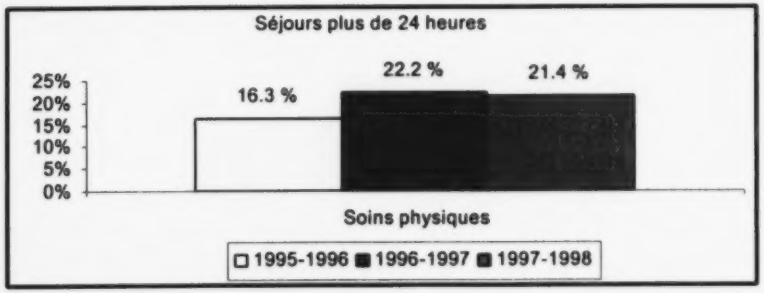
INDICATEUR(S) : La durée moyenne de séjour est définie comme suit : pour une année financière, le nombre moyen de jours d'hospitalisation des usagers pour des soins de courte durée psychiatriques en CHSGS.

RÉSULTAT(S) : La durée moyenne de séjour en courte durée psychiatrique a évolué de 26,9 jours, en 1995-1996, à 22,7 jours, en 1997-1998. Au cours de ces années, la réduction constante de la moyenne de séjour a dépassé l'objectif visé pour 1997-1998 qui était de 25 jours.

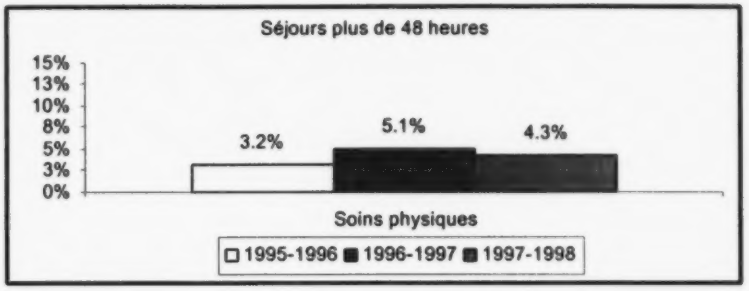
♦ *SÉJOURS EXCESSIFS SUR CIVIÈRE DANS LES URGENCES*

SOINS PHYSIQUES DE COURTE DURÉE :

SÉJOURS DE PLUS DE 24 H SUR CIVIÈRE



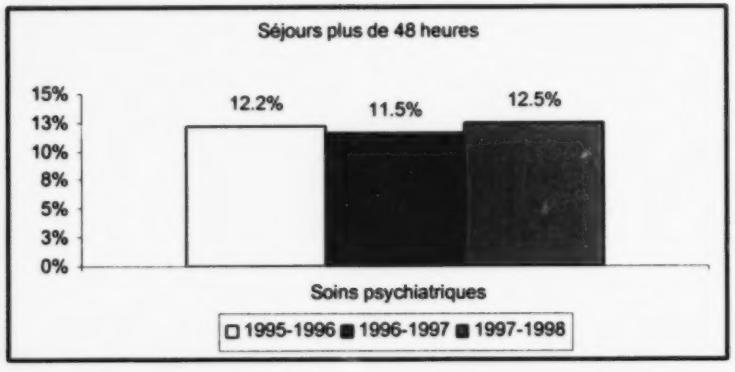
SÉJOURS DE PLUS DE 48 H SUR CIVIÈRE



OBJECTIF(S) ET INDICATEUR(S) : Pour les soins physiques de courte durée, le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à éliminer tout séjour de plus de 24 heures à l'urgence. Plusieurs mesures sont mises de l'avant, à titre d'exemples mentionnons : l'accessibilité des services médicaux de première ligne de 8 à 22 heures 7 jours semaine; la disponibilité d'omnipraticiens, de spécialistes et des laboratoires dans les urgences; l'évaluation de la pertinence des hospitalisations et des durées de séjour; l'amélioration de l'articulation CH-CLSC-médecin traitant; l'implantation de centres ambulatoires, l'équilibrage de la charge de transports ambulanciers entre les CH, etc.

RÉSULTAT(S) : De 1995-1996 à 1997-1998 les **séjours de plus de 24 heures** sur civière ont augmenté de 16,3 % à 21,4 %. Par ailleurs, le nombre de CH dépassant 25 % de séjours de plus de 24 heures est à la baisse (6 CH en 1997-1998 versus 9 CH en 1996-1997). Au cours de la même période, les **séjours de plus de 48 heures** ont augmenté de 3,2 % à 4,3 %, mais le nombre de CH dépassant 5 % de séjours de plus de 48 heures est également à la baisse (5 CH en 1997-1998 versus 8 CH en 1996-1997). L'augmentation des séjours excessifs sur civière à l'urgence s'explique d'une part par la période de verglas de janvier 1998 et d'autre part par le fait que les objectifs d'amélioration des durées de séjour, établis dans un contexte de diminution de lits, ne sont pas encore atteints. De plus, certaines mesures importantes comme l'ouverture de 5 centres ambulatoires ne se sont pas encore concrétisées.

SOINS PSYCHIATRIQUES : SÉJOURS DE PLUS DE 48 H SUR CIVIÈRE



OBJECTIF(S) ET INDICATEURS(S) : Pour les **soins psychiatriques** en CHSGS et centres hospitaliers de soins psychiatriques, l'objectif visé est d'éliminer les **séjours de plus de 48 heures** à l'urgence. Par un suivi des taux de séjours excessifs sur civière, les CH en difficulté seront identifiés, leur situation analysée et un plan d'action leur sera demandé. Les conditions de réalisation de l'objectif impliquent que les pratiques hospitalières soient appropriées (normes GTI), que les ressources requises soient disponibles et que la gamme de services ambulatoires, résidentiels et de réadaptation dans la communauté soit fonctionnelle.

RÉSULTAT(S) : De 1995-1996 à 1997-1998 les séjours de plus de 48 heures sur civière sont passés de 12,2 % à 12,5 %. Notons que l'objectif d'un maximum de 10 % de séjours de plus de 48 heures n'a pas été atteint. Cette situation est due, en 1997-1998, à 4 CH qui dépassent cet objectif : Sacré-Cœur (40 %), St-Luc (32 %), Douglas (28 %) et L.-H. Lafontaine (16 %).

LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

❑ *LES SOINS ET SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ*

Cet axe de suivi comprend 6 indicateurs[3]. Nous disposons de données pour 5 d'entre eux. Ce sont :

- ◊ le nombre d'usagers desservis en CLSC suite à un traitement en CHSGS;
- ◊ l'intensité des services offerts à domicile par les CLSC aux personnes âgées de 65 ans et plus;
- ◊ le nombre d'usagers ayant une déficience physique ou intellectuelle recevant des services intensifs (POSILTPH) par les CLSC;
- ◊ le nombre d'usagers desservis en santé mentale par les CLSC;
- ◊ la proportion d'usagers vus en ambulatoire en psychiatrie adulte.

EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

- **USAGERS DESSERVIS EN CLSC SUITE À UN TRAITEMENT EN CHSGS**
  Pour l'année de référence **1997-1998**, 21 238 usagers différents ont été desservis en CLSC suite à un traitement en CHSGS.

- **INTENSITÉ DES SERVICES OFFERTS À DOMICILE PAR LES CLSC AUX PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS**
  En **1997-1998**, les CLSC ont desservi 23 443 personnes âgées de 65 ans et plus à domicile pour un total de 729 481 visites et une moyenne de 31,1 visites à domicile. En comparaison avec l'année 1995-1996, le nombre de personnes desservies a augmenté de 19,8 % et le nombre total de visites de 34,5 %.

---

[3] « Les jeunes en difficulté suivis conjointement par les Centres jeunesse et les CLSC » est un indicateur dont la définition exige des travaux complémentaires avant d'être produit.

- **USAGERS AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE OU INTELLECTUELLE RECEVANT DES SERVICES INTENSIFS (POSILTPH) PAR LES CLSC**
  Pour l'année de référence **1997-1998**, 899 usagers différents vivant une déficience physique ou intellectuelle ou une double déficience recevaient des services intensifs des CLSC, soit 5 heures et plus en aide et soins à domicile par semaine.

- **USAGERS DESSERVIS EN SANTÉ MENTALE PAR LES CLSC**
  Pour l'année de référence **1997-1998**, les CLSC ont desservis 1 857 personnes vivant des troubles mentaux sévères et 27 971 usagers vivant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée pour un total de 29 100 usagers différents.

- **PROPORTION D'USAGERS VUS EN AMBULATOIRE : PSYCHIATRIE ADULTE**
  En **1997-1998**, le taux d'usagers desservis en cliniques externes de psychiatrie par rapport au total des usagers desservis en CH a connu une hausse de 2 % et d'un peu plus de 2 300 personnes comparativement à 1995-1996.

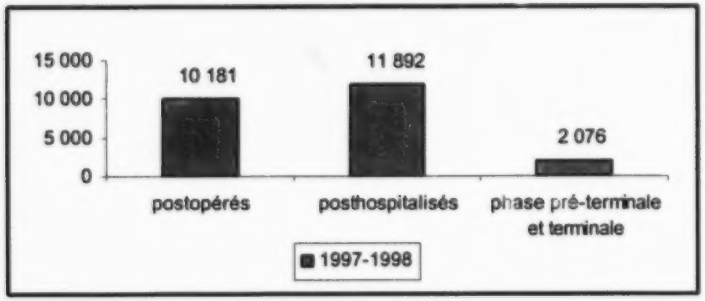
EN CONCLUSION

Pour la période 1998-2002, dans la cadre du « Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux » on s'attend notamment à voir augmenter le volume de 2 clientèles en CLSC, à savoir : les personnes desservies suite à un traitement en CHSGS et les usagers aux prises avec une problématique de santé mentale. De plus, le nombre de personnes vivant une déficience physique ou intellectuelle et qui nécessitent des services intensifs à domicile devrait croître eu égard au rehaussement des heures de services pour les usagers déjà desservis.

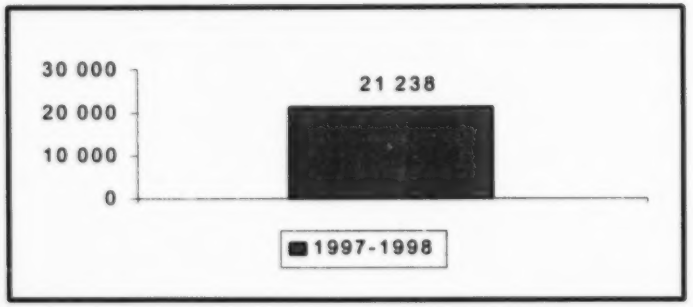
Un an avant la mise en œuvre du plan, 2 indicateurs évoluent d'ores et déjà dans le sens souhaité : les services à domicile offerts aux personnes âgées de 65 ans et plus par les CLSC s'intensifient; la proportion d'usagers vus en cliniques externes par rapport au total des usagers desservis par les CH en psychiatrie adulte augmente.

♦ *USAGERS DESSERVIS PAR LES CLSC SUITE À UN TRAITEMENT EN CHSGS*

USAGERS POSTOPÉRÉS, POSTHOSPITALISÉS,
EN PHASE PRÉTERMINALE/TERMINALE
DESSERVIS EN CLSC SUITE À UN TRAITEMENT EN CHSGS



NOMBRE D'USAGERS DIFFÉRENTS DESSERVIS
SUITE À UNE HOSPITALISATION TOUS PROFILS CONFONDUS



OBJECTIF(S) : Le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à améliorer les soins suite à une hospitalisation. Pour ce faire, la Régie régionale entend consolider les modalités d'articulation CHSGS-CLSC et demander au Ministère un budget de développement de 5,3 M$ sur 4 ans pour les 29 CLSC. En juin 1998-1999, 1,695 M$ ont été injectés pour l'année financière concernée. Quatre clientèles sont visées : la clientèle postopérée, posthospitalisée, les personnes en phase préterminale et terminale (soins palliatifs) et une partie de la clientèle du programme de périnatalité (services postnataux).

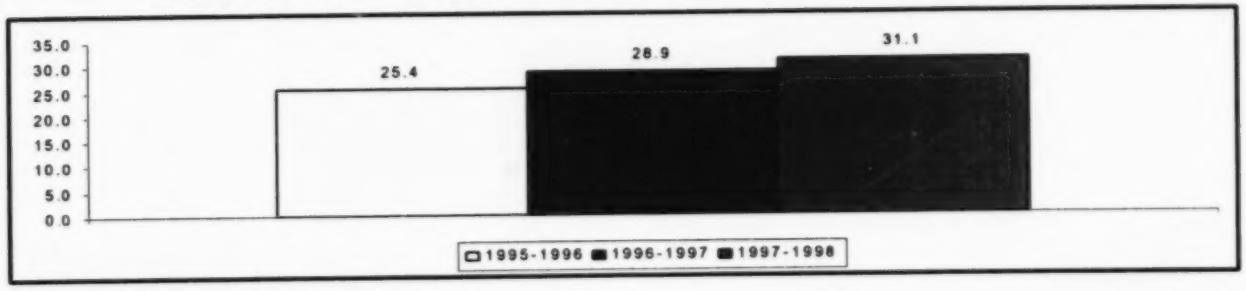
INDICATEUR(S) : L'indicateur de suivi est le nombre d'usagers différents selon 3 des 4 profils de clientèles ci-avant énumérées desservies à domicile et dans les services courants de santé (c.f. ambulatoires) suite à un traitement en CHSGS. Notons que pour chacun des profils il s'agit d'usagers différents. Toutefois, le nombre d'usagers par profil n'est pas cumulatif : un usager peut changer de profil en cours d'année.

RÉSULTAT(S) : Cet indicateur n'a été traité que pour l'année de référence du « Plan d'amélioration 1998-2002 ». Pour les années 1995-1996 et 1996-1997 la comptabilisation des profils des usagers aux services courants de santé était inégalement activée dans le réseau. Les résultats sont basés sur 28 des 29 CLSC pour lesquels les données sont disponibles. La clientèle du programme périnatalité (soins postnataux) doit être précisée et la saisie consolidée d'un CLSC à l'autre avant d'être dénombrée.

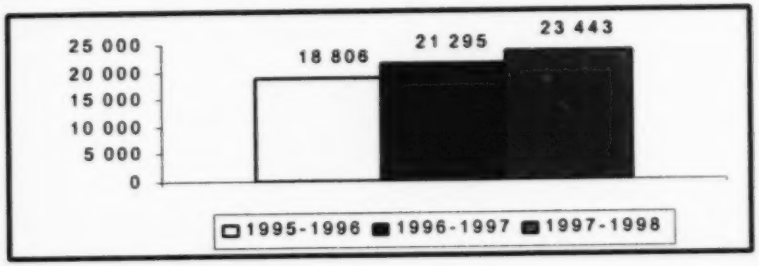
Pour l'année de référence 1997-1998, 21 238 usagers différents ont été desservis en CLSC suite à un traitement en CHSGS.

♦ *INTENSITÉ DES SERVICES OFFERTS À DOMICILE AUX PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS*

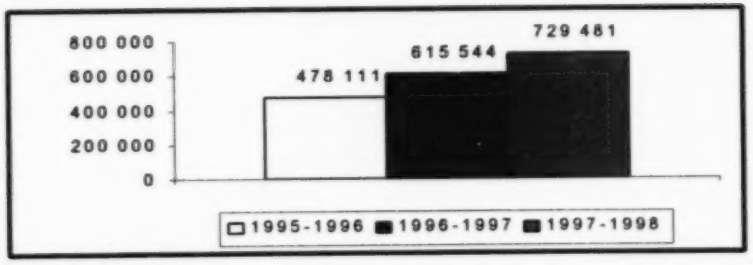
NOMBRE MOYEN DE VISITES À DOMICILE – PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS



NB PERSONNES AGÉES DIFFÉRENTES (SOINS ET AIDE DOMICILE)



NB TOTAL DE VISITES - PERSONNES ÂGÉES



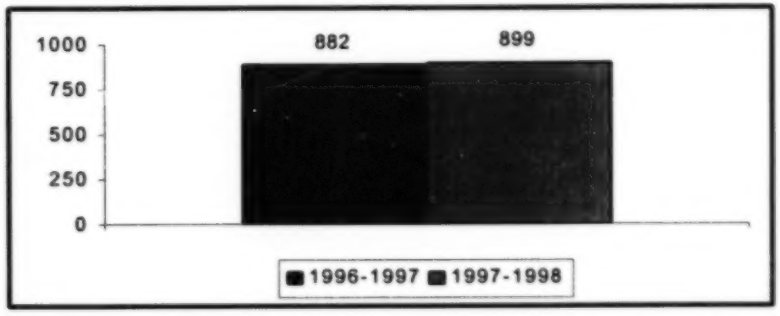
OBJECTIF(S) : Le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à augmenter le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus desservies à domicile par les CLSC et à accroître le nombre d'usagers requérant entre 1,5 et 2,5 heures en soins et aide par jour. La Régie régionale demande au Ministère un développement budgétaire de 17,9 M$ d'ici l'an 2002. De plus, des gains d'efficience estimés à 5,8 M$ sont à confirmer. En juin 1998-1999, 6,811 M$ ont été injectés pour desservir les personnes âgées en perte d'autonomie et les adultes avec un profil gériatrique. Ce développement devrait s'actualiser davantage auprès des personnes de 65 ans et plus compte tenu des attente précisées aux CLSC et du volume important de cette clientèle par rapport à la deuxième.

INDICATEUR(S) : L'indicateur d'intensité des services comprend 3 paramètres : le nombre moyen de visites à domicile, le nombre de personnes âgées différentes desservies et le nombre total de visites à domicile en soins infirmiers et en aide (auxiliaire familiale) effectués par le réseau des CLSC.

RÉSULTAT(S) : De 1995-1996 à 1997-1998, le nombre total de visites à domicile a augmenté de 34,5 % et le nombre de personnes âgées desservies de 19,8 %. Le nombre annuel moyen de visites à domicile par usager est en progression passant de 25,4 en 1995-1996 à 31,1 en 1997-1998.

♦ *USAGERS AYANT UNE DÉFICIENCE PHYSIQUE OU INTELLECTUELLE RECEVANT DES SERVICES INTENSIFS (POSILTPH) DES CLSC*

NOMBRE D'USAGERS DIFFÉRENTS RECEVANT DES SERVICES INTENSIFS (POSILTPH) DES CLSC



OBJECTIF(S) : L'accès aux services de maintien dans la communauté pour les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle a un impact important sur l'utilisation appropriée des ressources en CHSGS et en CH de réadaptation. Le « Défi de l'accès 1998-2002 » vise à accroître l'accès aux services intensifs pour les moins de 65 ans ayant une déficience physique ou intellectuelle et à intensifier les services pour des usagers déjà desservis. À cet effet, la Régie régionale demande au Ministère un budget de développement de 5,6 M$ sur 3 ans pour les 29 CLSC de la région. En juin 1998-1999, 1,695 M$ ont été injectés pour l'année concernée dans le réseau CLSC.

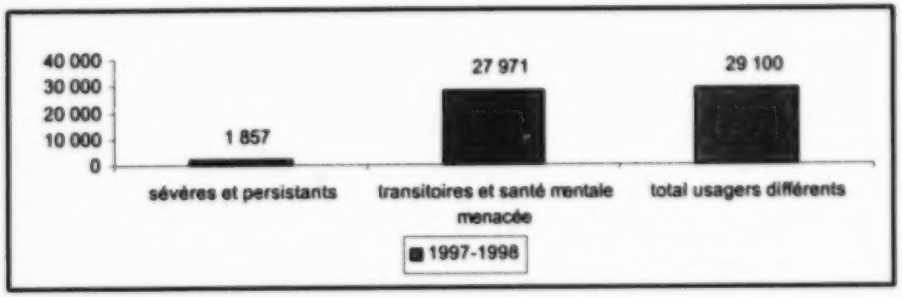
INDICATEUR(S) : L'indicateur retenu pour la durée du Plan est l'évolution du nombre d'usagers différents de moins de 65 ans qui reçoivent des services intensifs, c'est-à-dire 5 heures et plus en soins et aide à domicile par semaine du programme « POSILTPH ».

RÉSULTAT(S) : Les données sont basées sur 28 des 29 CLSC et n'intègrent pas les services dispensés via l'allocation directe (CES) ou le secteur de l'économie sociale qui ne sont pas comptabilisés dans le système d'information clientèle des CLSC. Ainsi, le nombre de personnes desservies peut être légèrement sous-estimé.

Pour l'année de référence 1997-1998, 899 usagers différents vivant une déficience physique ou intellectuelle recevaient des services intensifs des CLSC, soit 5 heures et plus en aide et soins à domicile par semaine. On observe un volume relativement stable de personnes desservies pour les années 1996-1997 et 1997-1998.

♦ NOMBRE D'USAGERS DESSERVIS EN SANTÉ MENTALE PAR LES CLSC

NOMBRE D'ADULTES DESSERVIS EN CLSC - TROUBLES MENTAUX : SÉVÈRES ET PERSISTANTS, TRANSITOIRES ET SANTÉ MENTALE MENACÉE



OBJECTIF(S) : Le « Plan d'amélioration des services 1998-2002 » entend développer des services de base en santé mentale afin de favoriser l'accès aux services dans la communauté. En termes de résultats, on vise à : augmenter le nombre d'interventions dans les CLSC et dans les cabinets privés de médecins; augmenter le nombre de clients bénéficiant de services d'accueil, d'évaluation, de référence et d'interventions brèves en CLSC; améliorer les modalités de liaison entre les divers intervenants. Une réallocation de postes correspondant à un financement de 3,3 M$ est planifiée pour les 29 CLSC de la région. En date de la publication, aucun budget n'a été réalloué dans le réseau.

INDICATEUR(S) : L'indicateur de suivi est l'évolution du nombre d'usagers desservis par les CLSC en santé mentale selon les troubles qu'ils présentent. Les définitions utilisées sont celles de la politique de santé mentale à savoir, les personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, celles vivant des troubles mentaux transitoires et les personnes dont la santé mentale est menacée. Les personnes dont la santé mentale est menacée englobent les usagers aux prises avec des problèmes psychosociaux (ex. : violence, problématiques familiales, etc.) ou des problèmes d'adaptation sociale (ex. : toxicomanie). Ces définitions sont utilisées par le MSSS pour identifier le contour financier de son programme santé mentale.

RÉSULTAT(S) : Cet indicateur n'a été traité que pour l'année de référence du « Plan d'amélioration 1998-2002 ». Pour les années 1995-1996 et 1996-1997 les codes du SIC-CLSC étaient inégalement activés dans le réseau.

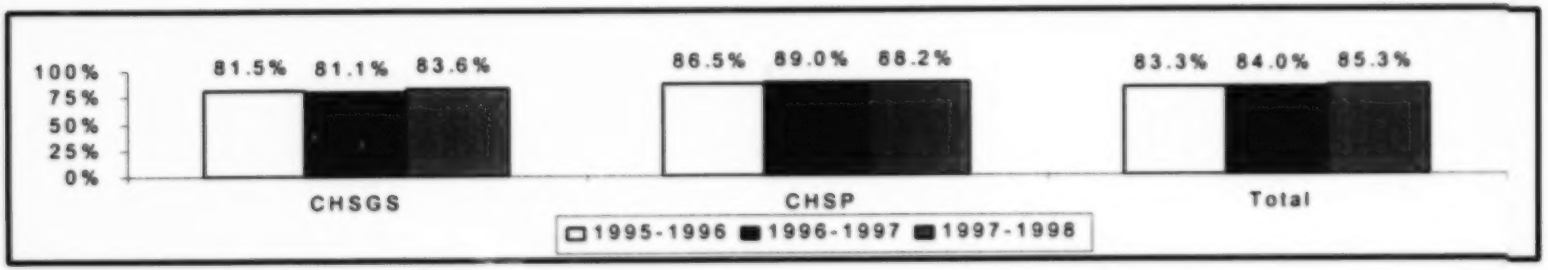
En 1997-1998, on observe que 28 des 29 CLSC ont desservi 1 857 personnes vivant des troubles mentaux sévères et 27 971 usagers vivant des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée, pour un total de 29 100 usagers différents[4]. Il est vraisemblable que le volume de personnes présentant des troubles mentaux sévères soit sous-estimé compte tenu de la saisie variable d'un CLSC à l'autre pour ce diagnostic. De plus, pour l'année d'observation, les résultats ne tiennent pas compte des usagers recevant des services médicaux.

---

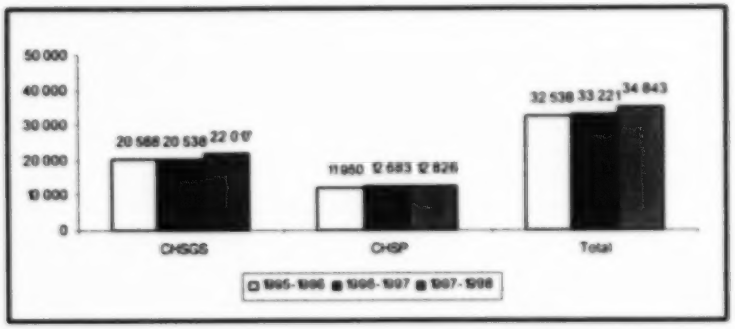
[4] L'écart entre le nombre total d'usagers différents (29 100) et les usagers différents vivant des troubles mentaux sévères et persistants (1 857) et ceux aux prises avec des troubles transitoires ou dont la santé mentale est menacée (27 971) est de 728 usagers. Cet écart peut s'expliquer de différentes façons : période de rodage pour la saisie de données, erreur de saisie au niveau du profil de l'usager pour une des raisons d'intervention; changement de profil de l'usager, etc.

♦ *PROPORTION D'USAGERS VUS EN AMBULATOIRE : PSYCHIATRIE ADULTE*

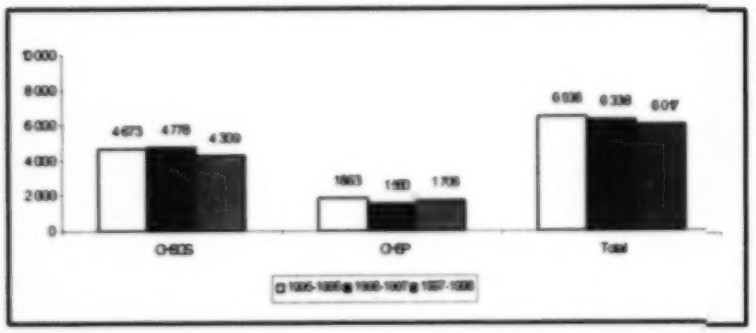
PROPORTION D'USAGERS DESSERVIS PAR LES CLINIQUES EXTERNES EN PSYCHIATRIE ADULTE



NB D'USAGERS VUS AUX CLINIQUES EXTERNES DE PSYCHIATRIE



NB D'USAGERS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE



OBJECTIF(S) : Dans le cadre du «Plan d'amélioration des services 1998-2002», un objectif de résultat mis de l'avant est d'atteindre, en 2002, un taux moyen d'usagers desservis à 90 % en services ambulatoires sur le total des usagers desservis en CH (psychiatrie adulte).

INDICATEUR(S) : La proportion des usagers vus en ambulatoire est un indice du volume d'activités des services ambulatoires et d'hospitalisations en psychiatrie adulte. Les services ambulatoires pris en compte se limitent aux cliniques externes des CH. Il reste à développer, au cours des prochaines années, des mesures pour comptabiliser la clientèle desservie par les centres de jour, les hôpitaux de jour, les services de suivi intensif dans la communauté, etc.

RÉSULTAT(S): Les résultats prennent en compte les données de 9 des 11 CH concernés. De 1995-1996 à 1997-1998, malgré les compressions subies par les CH (courte et longue durée) au chapitre de la santé mentale, le taux d'usagers desservis en cliniques externes par rapport au total d'usagers desservis en CH a connu une hausse de 2 %, soit un peu plus de 2 300 personnes.

L'IMPACT SUR LA SANTÉ

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

❑ *L'IMPACT SUR LA SANTÉ*

Le « Défi de l'accès » identifie 3 indicateurs de suivi relatif à l'impact sur la santé[5].

Pour les conditions médicales suivantes : fracture de la hanche, infarctus du myocarde, cancers du côlon et du rectum :

- ◊ taux de réadmission en centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) à l'intérieur d'un délai d'un mois suite à une admission pour l'une de ces conditions;
- ◊ taux de létalité à l'intérieur d'un délai de trois mois suite à une admission pour l'une de ces conditions.

Pour l'appendice rupturée, asthme, cellulite, insuffisance cardiaque, diabète, gangrène, hypokaliémie, maladies évitables par immunisation, hypertension maligne, pneumonie, pyélonéphrite, ulcère perforé ou avec hémorragie, hernie abdominale en occlusion, phlébite sans embolie pulmonaire :

- ◊ taux d'admissions possiblement évitables.

INTERPRÉTATION GÉNÉRALE DE CES INDICATEURS : Ces indicateurs ont été choisis parce qu'ils devraient être particulièrement sensibles aux transformations du réseau de la santé et parce que leur évolution pourrait refléter les effets de ces transformations[6,7,8]. Leur interprétation nécessite cependant une grande prudence car d'autres facteurs que les transformations du réseau peuvent également influencer l'évolution de ces indicateurs. Aussi les utilisons-nous dans un but de repérage. Dans ce contexte, si leur valeur diminue avec le temps, la tendance est positive et encourageante. Si elle demeure stable, il n'y a pas d'effet négatif important et il faut continuer à surveiller. Si elle augmente, la tendance est négative et il faut faire des analyses complémentaires avant d'attribuer la tendance aux changements dans le réseau surtout si celle-ci a débuté avant l'implantation des transformations (1995-1996).

ANALYSE STATISTIQUE : Pour les analyses statistiques, nous combinons les taux des années 1993-1994 et 1994-1995 pour former un seul taux que nous appelons le taux pour la période de référence, car il décrit la situation avant les transformations. Nous présentons trois comparaisons : l'année 1995-1996 *vs* la période de référence, l'année 1996-1997 *vs* l'année 1995-1996 et l'année 1996-1997 *vs* la période référence. Nous comparons les taux en calculant leur différence et nous vérifions si ces différences sont statistiquement significatives. Comme nos données décrivent l'expérience de toute la population montréalaise, les nombres utilisés sont souvent grands, ce qui rend les analyses statistiques très sensibles. Il ne faut donc jamais perdre de vue l'importance clinique des changements observés avant de porter un jugement final. Malgré le regroupement des années 1993-1994 et 1994-1995 en une période de référence

---

5 Le défi de l'accès – choisir des solutions d'avenir pour améliorer nos services. L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Ile de Montréal 1998-2002. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal, 1997.

6 Roos N, Shapiro E. *Monitoring the Winnipeg Hospital System: the First Report 1990-1992*. Winnipeg, Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Faculty of Medicine, University of Manitoba, 1994.

7 Brownell MD, Roos NP. *Monitoring the Winnipeg Hospital System: The Update Report 1993-1994*. Winnipeg, Manitoba: Manitoba Centre for Health Policy and Evaluation, Faculty of Medicine, University of Manitoba, 1996.

8 Groupes de discussion d'experts provenant du réseau des services de Montréal. Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 14 et 19 mars 1996.

pour les analyses statistiques, nous présentons tout de même les données séparément pour chacune de ces années dans les graphiques. Cela nous permet de fournir une information plus précise.

EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

Pour les années 1995-1996 et 1996-1997 par rapport à la période de référence :

- Pour la fracture de la hanche, le taux de réadmission montre une tendance non significative à la baisse et le taux de létalité reste stable au cours de la période d'observation.

- Pour l'infarctus du myocarde, le taux de réadmission montre une tendance non significative à la hausse. Le taux de létalité reste stable durant les trois premières années d'observation pour diminuer légèrement en 1996-1997. Cette diminution d'environ 3 % est statistiquement significative.

- Pour les cancers du côlon et du rectum, le taux de réadmission fluctue d'année en année sans manifester de tendance nette. Le taux de létalité augmente de façon non significative en 1995-1996 et baisse significativement en 1996-1997. Il est plus élevé que pour les autres conditions. Les taux de létalité globaux cachent une réalité complexe qui nécessite des analyses complémentaires.

- Pour les trois conditions précédentes, dans le cadre de nos deux premiers indicateurs, la durée de séjour a tendance à diminuer pendant les quatre années soumises à l'analyse.

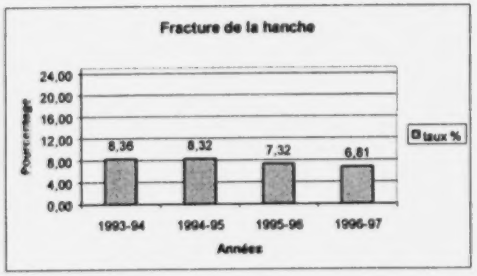
- Pour les conditions médicales dont l'admission est potentiellement évitable, les taux d'admissions demeurent stables ou diminuent pendant la période d'observation.

EN CONCLUSION

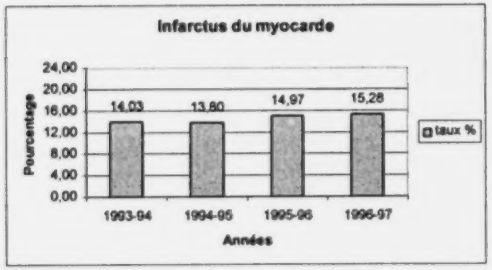
Constat général : Nos résultats suggèrent que la transformation du réseau n'a pas eu d'effet négatif important, et même dans certains cas, on dénote un effet positif. Ainsi, pour 17 conditions médicales, nous avons comparé d'année en année le taux de réadmission, de létalité ou d'admissions possiblement évitables, pour un total de 90 comparaisons. Seulement 14 de ces comparaisons ont identifié des différences statistiquement significatives. 13 de ces différences allaient dans le sens d'une baisse des taux et la seule qui allait dans le sens d'une hausse a été compensée l'année suivante par une baisse significative.

♦ *LE TAUX DE RÉADMISSION EN MILIEU HOSPITALIER*

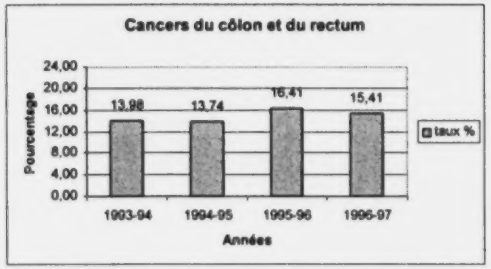
TAUX DE RÉADMISSION EN CHSGS À L'INTÉRIEUR D'UN DÉLAI D'UN MOIS DU CONGÉ HOSPITALIER SUITE À UNE ADMISSION POUR L'UNE DES CONDITIONS SUIVANTES : FRACTURE DE LA HANCHE[9], INFARCTUS DU MYOCARDE[10], CANCERS DU CÔLON ET DU RECTUM[11]



Durée de séjour*				
Moyenne*:	53,3	55,8	47,9	42,5
Médiane*:	39	48	42	35



Durée de séjour*				
Moyenne*:	14,6	14,8	13,6	12,4
Médiane*:	10	10	9	8



Durée de séjour*				
Moyenne*:	24,3	23,4	21,6	22,3
Médiane*:	16	16	14	14

* Durée de séjour (en jours) de l'épisode de soins index pour chacune des conditions, pour chaque année d'observation.

INDICATEUR(S) :

Définitions : Une réadmission est définie par la première admission qui survient après un congé hospitalier relatif au premier épisode de soins que connaît un patient au cours d'une année d'observation. Le diagnostic principal associé à ce premier épisode est l'une des conditions médicales retenues pour les fins de l'analyse. On fera dès lors référence à cet épisode comme l'épisode de soins index. Celui-ci correspond à une période ininterrompue de soins en institution, que ces soins aient nécessité ou non le transfert d'un patient d'une institution vers une autre. Quant au diagnostic au moment de la réadmission, il peut être associé ou non au diagnostic de l'épisode de soins index (des analyses ultérieures feront cette distinction). Cet indicateur porte sur les résidants de Montréal-Centre de 18 ans et plus qui ont été admis en CHSGS pour les conditions à l'étude. Sont exclus de l'analyse les individus qui sont décédés au cours de l'épisode de soins index et les individus qui ont été admis en soins infirmiers d'un jour ou en soins de longue durée. Il est à noter que, pour l'année 1996-1997, les résultats ne couvrent qu'une période de 11 mois (1er avril 1997 - 28 février 1997) parce que les données permettant le calcul des réadmissions qui surviennent au cours du premier mois suivant l'épisode de soins index ne sont disponibles que jusqu'au 31 mars 1997.

...suite au verso

[9] CIM-9: 820
[10] CIM-9: 410, 411
[11] CIM-9: 153, 154.0, 154.1, 197.5, 230.3, 230.4

♦ *LE TAUX DE RÉADMISSION EN MILIEU HOSPITALIER ... (SUITE)*

RÉSULTAT(S) :

- Dans le cas de la fracture de la hanche, le taux de réadmission montre une légère tendance vers la baisse au cours de la période d'observation, comme l'indiquent les différences invariablement négatives (voir Tableau ci-dessous). Ces différences ne sont pas statistiquement significatives. Pendant cette même période, la durée de séjour a aussi tendance à diminuer. Le nombre de patients varie de 1 481 à 1 621 et l'âge moyen fluctue peu, entre 77,3 et 78,6 ans.

- Pour l'infarctus du myocarde, le taux de réadmission fluctue d'année en année en montrant une légère tendance à la hausse, comme l'indiquent les différences invariablement positives. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives. La durée de séjour tend à diminuer très légèrement. Le nombre de patients varie de 3 121 à 3 474 et l'âge moyen reste à peu près le même, soit entre 66,4 et 67,1 ans.

- Pour les cancers du côlon et du rectum, le taux de réadmission fluctue d'année en année sans manifester de tendance nette. La durée de séjour diminue très légèrement. Le nombre de patients varie de 993 à 1 150 et l'âge moyen demeure stable à 69 ans.

Résultats des différences entre les taux de réadmission et calcul des intervalles de confiance

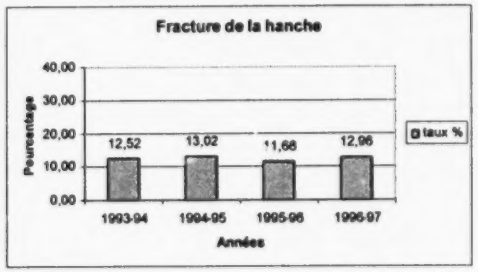
	Fracture de la hanche			Infarctus du myocarde			Cancers du côlon et du rectum		
Années comparées	Limite inf.# (%)	**Différence (%)**	Limite sup.# (%)	Limite inf. (%)	**Différence (%)**	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	**Différence (%)**	Limite sup. (%)
1995-96 *vs* Référence*	-3,1	**-1,0**	1,1	-0,9	**1,1**	3,0	-0,9	**2,6**	6,0
1996-97 *vs* 1995-96	-2,9	**-0,5**	1,8	-2,0	**0,3**	2,6	-5,1	**-1,0**	3,1
1996-97 *vs* Référence	-3,6	**-1,5**	0,6	-0,6	**1,4**	3,4	-2,0	**1,6**	5,1

* 1993-1994 et 1994-1995 combinées.

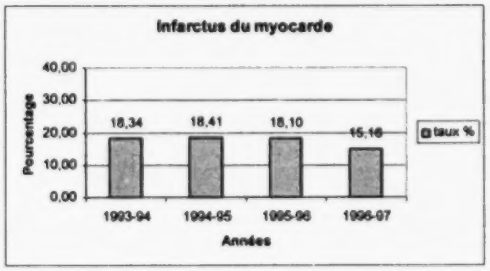
\# Nous illustrons la variance des mesures en présentant les intervalles de confiance autour des différences ($\alpha = 0,01$). Lorsque les différences sont petites, c'est-à-dire près de zéro, les limites des intervalles sont de part et d'autre de zéro et de signe différent. Lorsque les différences sont grandes, les limites ne contiennent pas zéro et sont de même signe; de telles différences sont statistiquement significatives.

♦ *LE TAUX DE LÉTALITÉ DANS LES TROIS MOIS SUIVANTS UNE ADMISSION*

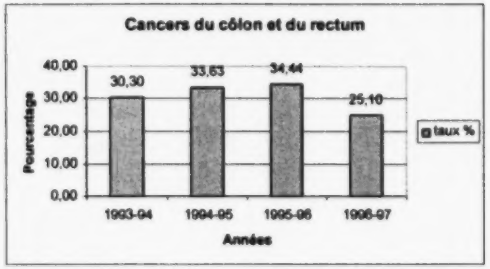
TAUX DE LÉTALITÉ À L'INTÉRIEUR D'UN DÉLAI DE TROIS MOIS DEPUIS LA DATE D'ENTRÉE HOSPITALIÈRE POUR L'UNE DES CONDITIONS SUIVANTES : FRACTURE DE LA HANCHE, INFARCTUS DU MYOCARDE, CANCERS DU CÔLON ET DU RECTUM



Durée de séjour*				
Moyenne*:	51,7	53,4	45,8	43,5
Médiane*:	36	43	39	35



Durée de séjour*				
Moyenne*:	13,9	14,2	12,8	12,1
Médiane*	10	9	8	8



Durée de séjour*				
Moyenne*:	25,3	24,7	23,0	23,6
Médiane*:	16	16	14	14

*Durée de séjour (en jours) de l'épisode de soins index pour chacune des conditions, pour chaque année.

INDICATEUR(S) :

Définitions : Il s'agit des décès de tous les patients hospitalisés pour les conditions étudiées quel que soit le lieu ou la cause du décès. Des analyses ultérieures feront la distinction entre les causes de décès associées ou non au diagnostic de l'épisode de soins index. Cet indicateur porte sur les résidants de Montréal-Centre de 18 ans et plus qui ont été admis en CHSGS pour les conditions à l'étude. Sont exclus de l'analyse les individus qui ont été admis en soins infirmiers d'un jour ou en soins de longue durée. Il est à noter que pour l'année 1996-1997, les résultats présentés ne couvrent qu'une période de six mois (1er avril 1996 – 30 septembre 1996) parce que les données pour les décès sont disponibles jusqu'au 31 décembre 1996. Tout patient étudié pour cet indicateur doit donc être admis au plus tard le 30 septembre 1996 pour qu'on puisse déterminer son statut vital au cours des trois mois subséquents. Les valeurs des durées de séjour, du nombre de patients et de l'âge moyen ne sont pas exactement les mêmes pour les taux de réadmission et les taux de létalité parce que les critères d'exclusion ne sont pas les mêmes et l'admission index étudiée n'est pas nécessairement la même pour les deux indicateurs.

RÉSULTAT(S):

- Pour la fracture de la hanche, le taux de létalité reste stable tout au long des quatre années d'observation malgré une tendance à la baisse de la durée de séjour. Le nombre de patients varie de 918 à 1 746 selon les années et l'âge moyen varie entre 77,9 et 78,9 ans.
- Pour l'infarctus du myocarde, le taux de létalité reste stable durant les trois premières années d'observation pour diminuer légèrement en 1996-1997. Cette diminution d'environ 3 % est statistiquement significative. Au cours de ces quatre années, la durée de séjour a tendance à baisser. Le nombre de patients varie de 1 956 à 3 736 et leur âge moyen fait de même entre 67,5 et 68,1 ans.
- Pour les cancers du côlon et du rectum, le taux de létalité est plus élevé que pour les autres conditions. En 1995-1996, il augmente de 2,4 % mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Cependant, en 1996-1997, le taux baisse significativement de 9 % par rapport à l'année précédente et de 6,6 % par rapport à la période de référence. Ces changements se produisent en présence d'une tendance à la baisse de la durée de séjour. Le nombre de patients varie de 778 à 1 362, l'âge moyen à peine de 69,7 à 70,1 ans.

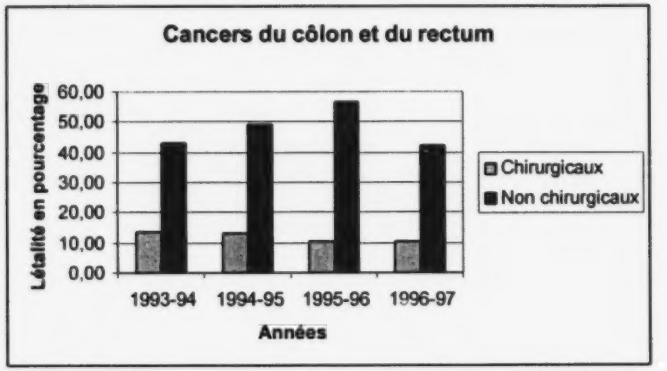
...suite verso

MISE EN GARDE :

- Toutes les différences significatives observées concernent la période 1996-1997 – période pour laquelle nous n'avons d'observations que pour 6 mois. Le nombre de patients pour cette année est plus petit que pour les autres années, d'où une instabilité plus importante dans les taux.
- Les taux de létalité présentés peuvent paraître élevés surtout pour les cancers du côlon et du rectum. Cela s'explique en partie par le fait qu'un même patient peut être hospitalisé à plus d'une reprise au cours d'une même année, et ce pour le même diagnostic. Ainsi, jusqu'à 25 % des patients avec un cancer du côlon ou du rectum sont réhospitalisés comparativement à 2 % pour la fracture de la hanche et 12 % pour l'infarctus du myocarde. Lorsque cela s'est produit, nous avons utilisé le dernier épisode de soins index plutôt que le premier pour calculer le taux de létalité. Étant donné que pour les cancers, le dernier épisode de soins a plus de chance d'être associé à la progression de la maladie, les taux observés sont influencés par les cas plus avancés.

Discussion sur les taux de létalité des cancers du côlon et du rectum :

Étant donné la mise en garde précédente, il nous est apparu nécessaire de distinguer deux sous-groupes de patients selon le type de traitement reçu lors de leur dernier épisode de soins : les patients traités par chirurgie (surtout au moment du diagnostic) et les patients traités de façon non chirurgicale (surtout pour les cas réadmis). Le graphique ci-contre montre les taux de létalité différents de ces deux sous-groupes. Entre 1993-1994 et 1996-1997, l'apparente baisse du taux de létalité pour les cas traités par chirurgie n'est pas significative. La proportion des cas traités par chirurgie est passée de 43 % à 53 % pendant cette même période (données non présentées). Seul le taux de létalité des patients traités de façon non chirurgicale présente une baisse importante en 1996-1997 par rapport aux deux années précédentes.



Afin d'expliquer ce dernier résultat, nous avons vérifié s'il y avait eu une diminution du taux de mortalité globale pour ces cancers. Chez les Montréalais de 18 ans et plus, que les décès aient été précédés d'une hospitalisation ou non, les taux de mortalité due à ces cancers montrent une très faible variation pour les années 1993 à 1997, soit de 3,5 à 3,9 par 10 000, avec 3,7 pour l'année 1996. Donc la diminution de la létalité ne pourrait être expliquée seulement par une diminution du taux de mortalité globale associée à ces cancers.

Puisque notre taux de létalité ne rend compte que de la mortalité des cas hospitalisés dans l'année, nous formulons l'hypothèse suivante : la baisse observée pourrait venir d'un moindre recours aux services hospitaliers chez les patients ayant atteint la phase terminale ou préterminale de leur maladie. En effet, les patients qui sont traités à domicile et qui y meurent peuvent échapper à la mesure de notre taux de létalité s'ils ne sont pas admis à l'hôpital pendant l'année où s'est produit le décès.

Pour vérifier la plausibilité de cette hypothèse, avec l'aide de collaborateurs à la Régie, nous avons analysé les données du système d'information clientèle des CLSC. À cause de l'état de ce système pendant la période d'observation, nous n'avons pu dénombrer avec précision les patients qui auraient reçu des services palliatifs des CLSC. En effet, pour les années 1994 et 1995, la façon de codifier l'information requise différait grandement d'un CLSC à l'autre, il est donc impossible d'exclure la possibilité d'une énumération incomplète durant ces années.

Même si nous ne pouvons fournir d'évidence objective et fiable concernant l'hypothèse formulée, il y a des informations suggérant qu'elle est vraisemblable. Sans pouvoir en quantifier l'importance, il y a eu une augmentation des ressources consacrées à cette clientèle dans la plupart des CLSC en 1996. Finalement, les professionnels de la santé que nous avons consultés considèrent l'hypothèse plausible.

Résultats des différences entre les taux de létalité et calcul des intervalles de confiance

	Fracture de la hanche			Infarctus du myocarde			Cancers du côlon et du rectum		
Années comparées	Limite inf. (%)	**Différence (%)**	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	**Différence (%)**	Limite sup. (%)	Limite inf. (%)	**Différence (%)**	Limite sup. (%)
1995-96 *vs* Référence*	-3,6	**-1,1**	1,4	-2,2	**-0,3**	1,7	-1,7	**2,4**	6,5
1996-97 *vs* 1995-96	-2,2	**1,3**	4,8	-5,5	**-2,9**	-0,3	-14,7	**-9,3**	-4,0
1996-97 *vs* Référence	-3,0	**0,2**	3,4	-5,6	**-3,2**	-0,8	-11,7	**-6,9**	-2,1

* 1993-1994 et 1994-1995 combinées

♦ *LE TAUX D'ADMISSIONS POSSIBLEMENT ÉVITABLES POUR UNE LISTE DE CONDITIONS MÉDICALES*

TAUX D'ADMISSIONS POSSIBLEMENT ÉVITABLES PAR 10 000 PERSONNES POUR UNE LISTE DE CONDITIONS MÉDICALES [12,13,14]

Taux d'admissions possiblement évitables par 10 000 personnes					
	Années				
Conditions	1993-94	1994-95	Référence	1995-96	1996-97
Appendice rupturée[12]	2,03	2,16	2,09	2,21	2,32
Asthme[13]	10,47	9,47	9,97	10,08	8,48
Pneumonie[13]	5,36	6,04	5,70	5,15	4,58
Cellutite[14]	9,98	10,68	10,33	11,43	10,42
Insuffisance cardiaque	24,21	25,97	25,09	25,17	25,02
Diabète	14,57	15,14	14,86	14,64	14,47
Gangrène	1,29	1,37	1,33	1,49	1,36
Hypokaliémie	0,12	0,16	0,14	0,20	0,22
Maladies évitables par immunisation	0,83	0,52	0,67	0,30	0,34
Hypertension maligne	0,09	0,05	0,07	0,07	0,11
Pyélonéphrite	6,58	7,04	6,81	6,22	5,72
Ulcère & perforation ou hémorragie	5,87	5,25	5,56	4,54	4,20
Hernie abdominale en occlusion	2,07	2,39	2,23	2,27	2,24
Phlébite sans embolie pulmonaire	6,00	6,47	6,23	6,97	5,61

INDICATEUR(S) :

Définitions : Cet indicateur met en rapport toutes les admissions en CHSGS recensées dans le fichier Med-Écho au cours d'une année avec la population montréalaise constituée des groupes d'âge appropriés pour chacune des conditions[12,13,14]. Sont exclus de l'analyse les individus qui ont été admis en soins infirmiers d'un jour ou en soins de longue durée.

INTERPRÉTATION : Le terme évitable n'implique pas que toutes les admissions pour de telles conditions soient évitables. Ces conditions ont été choisies parce qu'elles devraient être sensibles à toute perturbation importante du processus de soins primaires. Dans un tel contexte, le taux d'admission pour ces conditions pourrait augmenter et c'est l'augmentation qui devrait être évitable.

RÉSULTAT(S) : Le tableau ci-dessus montre, pour la plupart des conditions, une fluctuation d'année en année. En appliquant à chacune de ces 14 conditions l'approche décrite à la section "Analyse statistique", c'est-à-dire en combinant les années 1993-1994 et 1994-1995 en une période de référence, nous identifions des changements significatifs pour la moitié d'entre elles (détails non présentés). Six des sept changements significatifs vont dans le sens d'une baisse. Les maladies évitables par immunisation et les ulcères avec perforation ou hémorragie enregistrent des baisses importantes en 1995-1996 (respectivement de 0,37 et 1,02 par 10 000). L'asthme, la pneumonie, la pyélonéphrite et la phlébite sans embolie pulmonaire enregistrent des baisses notables en 1996-1997 (entre 1,1 et 1,6 par 10 000). Le seul changement à la hausse s'est produit pour la cellulite en 1995-1996 (hausse de 1,1 par 10 000) mais cette hausse a aussitôt été compensée par une baisse en 1996-1997 (baisse de 1,0 par 10 000).

Il est à noter que les taux présentés ne sont pas normalisés pour l'âge en raison du petit nombre d'événements pour la plupart des conditions. Selon la condition considérée, entre 1993-94 et 1996-97, le vieillissement progressif de la population pourrait avoir influencé les taux à la hausse. Les baisses significatives que nous avons identifiées pourraient donc avoir été atténuées par un tel effet.

---

12 Chez les résidants de Montréal de tous âges (N= 1 851 338 en 1996) : appendice rupturée

13 Chez les 5 à 49 ans (N= 1 172 144 en 1996) : asthme, pneumonie

14 Chez les 18 ans et plus (N= 1 487 467 en 1996) : cellulite, insuffisance cardiaque, diabète, gangrène, hypokaliémie, maladies évitables par immunisation, hypertension maligne, pyélonéphrite, ulcère perforé ou avec hémorragie, hernie abdominale en occlusion, phlébite sans embolie pulmonaire.

LA MODERNISATION DES SERVICES ET ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE
SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

❑ *LA MODERNISATION DES SERVICES ET L'ÉQUILIBRE DE LA SITUATION FINANCIÈRE*

Cet axe de suivi comprend 4 indicateurs :

- ◊ Évolution du pourcentage des heures travaillées et des coûts directs nets par catégorie de services;
- ◊ Niveau de surplus et déficit des établissements;
- ◊ Niveau d'emprunt des établissements;
- ◊ Évolution des développements et réallocations budgétaires.

Nous présenterons les résultats pour les 3 premiers indicateurs, les données n'étant disponibles qu'à compter de 1998-1999 pour les développements et réallocations.

Ces indicateurs s'inscrivent dans le contexte des conditions financières associées aux mesures touchant plus directement l'organisation des services. Pour que ces mesures se mettent en place il importe dans plusieurs cas que les développements et réallocations prévues se concrétisent. Les changements apportés ne devraient pas non plus s'effectuer au détriment de la santé financière des établissements mesurée par le degré d'atteinte de l'équilibre budgétaire et les niveaux d'emprunt. Enfin, la modernisation des infrastructures administratives et de soutien devrait permettre de libérer des ressources pour les services directs, tout en maintenant un niveau élevé de qualité.

EN RÉSUMÉ, ON OBSERVE :

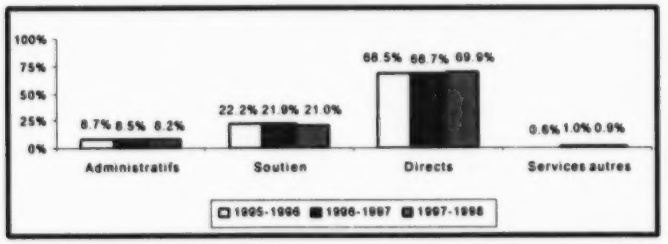
- ♦ Les heures travaillées en services directs, incluant le support clinique, atteignent 70 % du total, tout en correspondant à 66 % des coûts en 1997-1998. Le pourcentage des ressources consacrées à cette catégorie de services est en croissance depuis 1994-1995.
- ♦ Le déficit des établissements qui n'atteignent pas l'équilibre budgétaire dépasse les 100 M$ en 1997-1998. Cette situation se détériore depuis 1995-1996.
- ♦ Le niveau des autorisations d'emprunt a augmenté significativement depuis 1996-1997.

EN CONCLUSION :

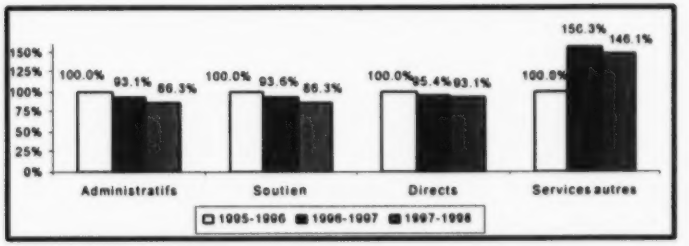
Les établissements seront confrontés à un double défi durant la période 1998-2002, soit maintenir ou retrouver l'équilibre budgétaire et consacrer une plus grande part de leurs ressources aux services directs à la population. La Régie régionale devra, quant à elle, obtenir les développements et procéder à des réallocations budgétaires essentielles à l'actualisation de certaines mesures clés du Plan d'amélioration des services.

♦ L'ÉVOLUTION DU POURCENTAGE DES HEURES TRAVAILLÉES ET DES COÛTS DIRECTS NETS PAR CATÉGORIES DE SERVICES

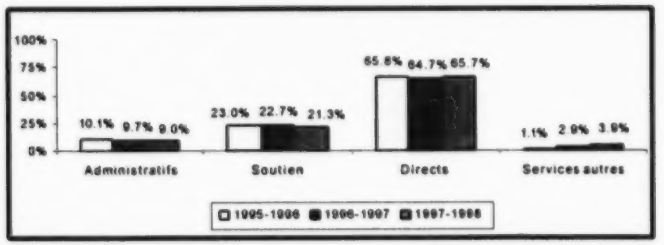
ÉVOLUTION DES HEURES TRAVAILLÉES PAR CATÉGORIES DE SERVICES



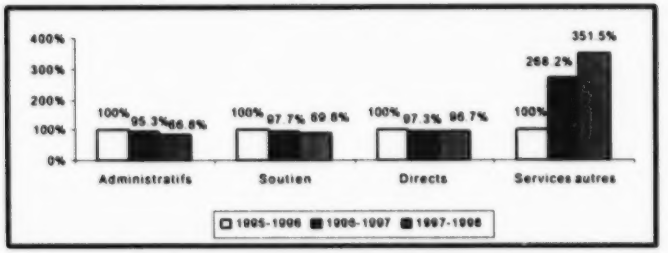
ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DES HEURES TRAVAILLÉES



ÉVOLUTION DES COÛTS DIRECTS NETS PAR CATÉGORIES DE SERVICES



ÉVOLUTION EN POURCENTAGE DES COÛTS DIRECTS NETS

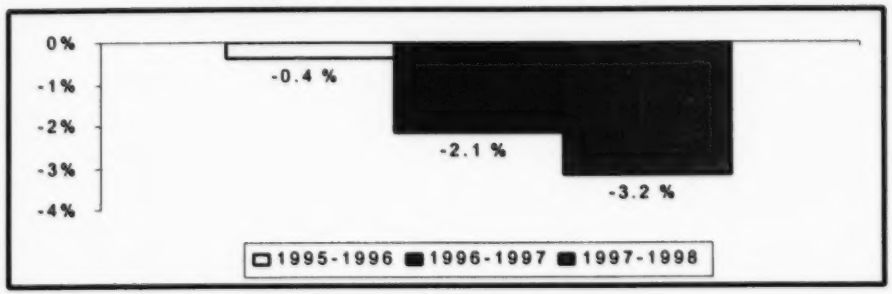


INDICATEUR(S) : Cet indicateur touche à la fois les établissements publics et privés conventionnés, au niveau des activités principales. Les heures attribuables aux cadres et à la main-d'œuvre indépendante sont incluses dans le total des heures travaillées. Tous les centres d'activités ont été imputés à l'une ou l'autre des catégories de services. La catégorie "Autres" comprend essentiellement les activités reliées à l'enseignement, formation, recherche, santé publique, ainsi que le personnel en stabilité et sécurité d'emploi. Les ressources consacrées aux différentes catégories de services peuvent se mesurer en heures travaillées ou coûts directs nets.

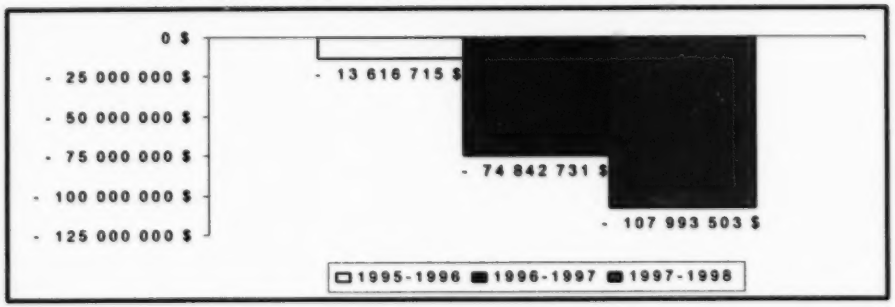
RÉSULTAT(S) : Les pourcentages ne correspondent pas exactement puisqu'à certains coûts ne correspondent pas d'heures (ex. : fournitures, énergie, services achetés). Ce type de coûts se retrouve davantage au niveau des services administratifs et de soutien. On a assisté à une diminution nette des heures travaillées et des coûts directs nets dans toutes les catégories de services durant la période 1995-1998 à l'exception de la catégorie « Autres ». La proportion des heures travaillées en services directs a progressé en parallèle de façon relative, démontrant que la rationalisation des services a davantage touché les catégories administration et soutien.

♦ *LE NIVEAU DE SURPLUS ET DE DÉFICIT DES ÉTABLISSEMENTS*

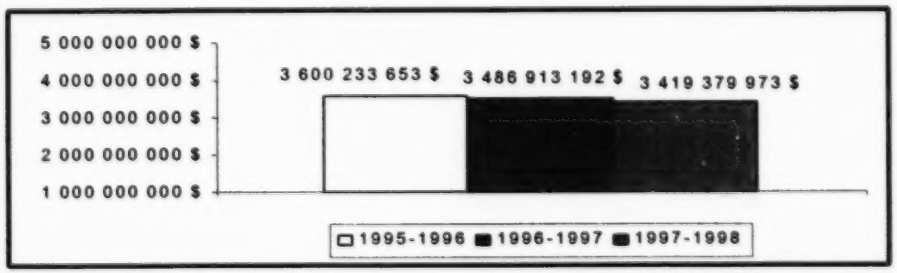
POURCENTAGE DE SURPLUS OU DÉFICIT



SURPLUS OU DÉFICITS DES ACTIVITÉS PRINCIPALES



REVENUS AUX ACTIVITÉS PRINCIPALES



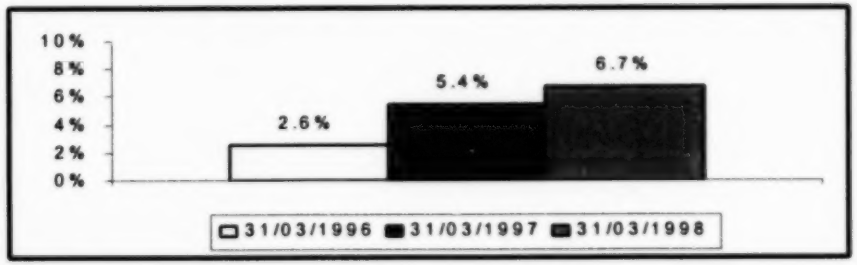
INDICATEUR(S) : Cet indicateur touche à la fois les établissements publics et privés conventionnés, au niveau des activités principales. Les montants présentés sont nets, c'est-à-dire incluant tous les établissements, qu'ils soient en surplus ou en déficit.

RÉSULTAT(S) : Le pourcentage de surplus et déficit s'établissait, au 31 mars 1998, à 3,2 % du total des revenus 1997-1998. Ce pourcentage a connu une progression rapide depuis 1995-1996. Il s'agit d'ailleurs de l'année à partir de laquelle les ajustements budgétaires, consentis traditionnellement pour faire face aux coûts de système, ont cessé et où la région de Montréal-Centre a dû faire face à un niveau de compression sans précédent.

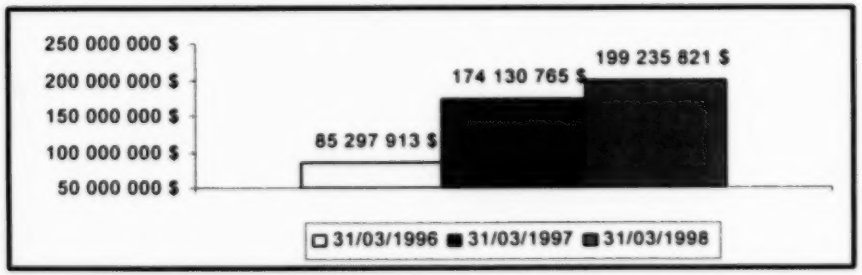
Il convient toutefois de noter que la majorité des établissements de Montréal-Centre respecte encore l'équilibre budgétaire. Les situations financières les plus difficiles se concentrent dans une vingtaine d'établissements, essentiellement des C.H.S.G.S. et centres jeunesse. Le C.H.U.M., le C.U.S.M. et l'Hôpital général juif se retrouvent en position la plus problématique dans ce contexte. Dépendant des situations, le retour à l'équilibre est d'autre part prévu à court ou moyen terme.

♦ *LE NIVEAU D'EMPRUNT DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS*

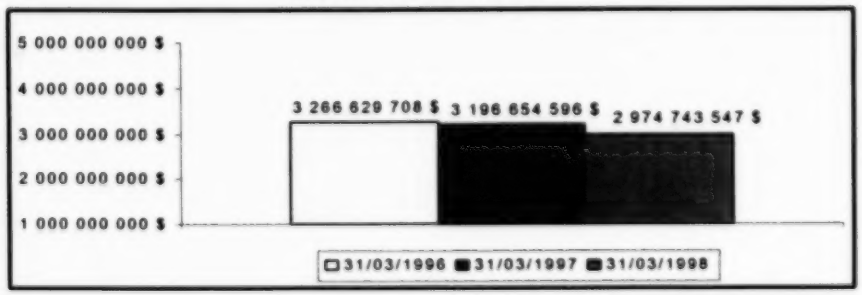
POURCENTAGE DES AUTORISATIONS TEMPORAIRES D'EMPRUNT



EMPRUNTS TEMPORAIRES AUTORISÉS



BUDGETS AUTORISÉS



INDICATEUR(S) : Cet indicateur ne touche que les établissements publics, ceux-ci devant obligatoirement recevoir l'autorisation de la Régie régionale avant d'emprunter. Les montants présentés concernent le fonds d'exploitation et excluent les emprunts en lien avec des projets d'immobilisations.

RÉSULTAT(S) : Le pourcentage des autorisations temporaires d'emprunt s'établissait, au 31 mars 1998, à 6,7 % des budgets autorisés. Ce pourcentage a connu une progression rapide depuis 1996-1997, jusqu'en décembre 1997, atteignant alors un niveau sans précédent de 404 M$. La prise en charge subséquente par la Corporation d'hébergement du Québec (C.H.Q.) de la majeure partie des coûts de transition liés au Plan de transformation 1995-1998 a permis de ramener le total à 199 M$, fin mars 1998.

Le montant des emprunts temporaires autorisés grimpe encore depuis, étant en lien direct avec la situation financière des établissements. Le retour à l'équilibre constitue en ce sens la condition principale à une stabilisation des niveaux d'emprunt, les autres éléments (ex. : financement de congés à traitement différé) pouvant mener à une demande d'autorisation n'ayant qu'un poids minime.